

**ANÁLISIS DEL PERFIL COGNITIVO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO
ADAPTATIVO MIXTO CON ANSIEDAD Y ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO**
Estudio de Caso Único

CARLOS MARIO GALARCIO PERIÑAN
10778747

Directora
MARLEYN SERRANO RAMÍREZ

UNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
Barranquilla, 2016

TABLA DE CONTENIDO

	Página
2. INTRODUCCION	5
3. JUSTIFICACION	9
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5. OBJETIVOS	16
5.1. <i>Objetivo General</i>	16
5.2. <i>Objetivos Específicos</i>	16
6. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	17
6.1. <i>Identificación</i>	17
6.2. <i>Motivo de Consulta</i>	17
6.2.1. <i>Contacto inicial</i>	17
6.3. <i>Quejas Principales del Paciente</i>	18
6.4. <i>Identificación de Problemas Actuales</i>	19
6.4.1. <i>Análisis Descriptivo del Problema</i>	19
6.4.2. <i>Análisis Descriptivo del Problema</i>	19
6.5. <i>Análisis Histórico</i>	20
6.5.1. <i>Historia Personal</i>	20
6.5.2. <i>Historia Familiar</i>	20
6.5.3. <i>Historia Académica – Laboral</i>	20
6.5.4. <i>Historia Socio Afectiva</i>	21
6.5.5. <i>Historia Sexual</i>	21
6.5.6. <i>Historia del Problema</i>	21
6.5.7. <i>Genograma</i>	22
6.6. <i>Proceso de Evaluación</i>	23
6.6.1. <i>Pruebas Aplicadas y Resultados</i>	23
<i>Inventario de Depresión de Beck (IDB)</i>	
<i>Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) Jeffrey Young</i>	
6.6.2. <i>Análisis Funcional</i>	31
6.6.3. <i>Evaluación Multiaxial</i>	32
6.6.3.1. <i>Diagnóstico Diferencial</i>	32
6.6.4. <i>Factores de Desarrollo</i>	34
6.6.5. <i>Conceptualización Cognitiva</i>	36
7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE SESIONES	41
7.1. <i>Primera Sesión</i>	41
7.2. <i>Segunda Sesión</i>	43
7.3. <i>Tercera Sesión</i>	45
7.4. <i>Cuarta y Quinta Sesión</i>	48
7.5. <i>Sexta Sesión</i>	51
7.6. <i>Séptima Sesión</i>	52
7.7. <i>Octava Sesión</i>	54

7.8. Novena y Décima Sesiones.....	55
8. MARCO TEORICO.....	57
8.1. Consideraciones Generales.....	57
8.2. Consideraciones de Clasificación Clínica y Teórica.....	58
8.3. Variables de Importancia.....	62
8.4. Otros Aportes.....	63
7. DEFINICION DE VARIABLES.....	67
9.1. Variable de estudio: Perfil Cognitivo.....	67
9.1.1. Definición Conceptual del perfil cognitivo.....	67
9.1.2. Definición Operacional del perfil cognitivo.....	68
10. MARCO METODOLOGICO.....	70
10.1. Diseño.....	70
10.2. Población.....	71
10.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	71
10.4. Procedimiento.....	77
11. ANALISIS DEL CASO.....	81
12. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	85
13. REFERENCIAS.....	91
14. ANEXOS.....	94

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Página
Tabla No.1 Baremos (IDB) y resultados.....	23
Tabla No.2 Baremos y Resultados (EMT).....	27
Tabla No.3 Análisis funcional 1.....	31
Tabla No.4 Análisis Funcional 2.....	31
Tabla No.5 Diagnóstico Multiaxial DSM IV-TR.....	32
Tabla No.6 Diagrama De Conceptualizacion Cognitiva.....	38
Tabla No.7 Diagrama De Conceptualizacion Cognitiva.....	39
Tabla No.8 Criterios Para El Diagnóstico De Trastornos Adaptativos.....	61
Tabla No.9 Baremos (IDB).....	73
Figura No.1 Genograma.....	22
Figura No.2 Resultados (IDB).....	25
Figura No.3 EMT – Autonomía.....	28
Figura No.4 EMT – Conexión.....	29
Figura No.5 EMT – Valor de sí Mismo.....	30
Figura No.6 Factores de Riesgo.....	63
Figura No.7 Análisis Conceptual.....	84

2. INTRODUCCION

El Trastorno Adaptativo (TA) empieza a tomar gran importancia considerándose como una problemática de salud de un individuo, por ello, se hace necesario abordarlo dentro de la práctica clínica, psicoterapéutica y de ser necesario, psiquiátrica y que este a su vez se conlleve a tratamiento farmacológico, este tipo de trastorno viene relacionado con mucha frecuencia en un inicio de estrés o de cambios de vida en diferentes circunstancias o confundirse con otros diagnósticos. Se hace necesarios comprender que: los trastornos adaptativos son reacciones emocionales o conductuales que se presentan en los tres meses siguientes a un estresante psicosocial identificable (DSM-IV) o estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante (CIE-10), este es uno de los significados más importantes y explícitos para detectar este tipo de diagnóstico, así como lo han hecho más teóricos a lo largo del tiempo, iniciando con factores que provocan el TA.

El primer autor en abordar el estrés fue Hans Selye (1907-1982) quien planteó la existencia del síndrome de adaptación general el cual constituye una reacción de alarma del organismo ante la evidencia de que sus recursos no son suficientes para enfrentar las demandas del ambiente. Clasificando el estrés se puede diferenciar entre estresores físicos (condiciones que afectan al organismo como los cambios de temperatura), psicológicos (reacción interna de los individuos, preocupaciones acerca de amenazas percibidas) y psicosociales (provenientes de las relaciones sociales puede darse por aislamiento o por contacto excesivo). H. Selye. (1982).

Según Hales, R.; Yudofski, S.; Talbott, J. (2000) el trastorno adaptativo es un fenómeno relacionado con el estrés. El término trastorno adaptativo ha sufrido una importante

evolución desde 1952; paralelamente se han ido reconociendo otros trastornos relacionados con el estrés, como el trastorno por estrés postraumático.

En algunos casos el trastorno de adaptación se muestra de forma inmediata, es una respuesta a una situación puntual que ha provocado un estrés agudo, puede ser una ruptura sentimental, un cambio repentino de trabajo o terminación definitiva de este, un desastre natural o incluso el nacimiento de un hijo. En otros casos el trastorno adaptativo puede tardar un poco más en aparecer, sobre todo cuando se trata de una reacción emocional a diferentes factores estresantes que han coincidido o que se han ido agravando a lo largo del tiempo, como ejemplo, las dificultades económicas, la aparición de una discapacidad y los conflictos en el trabajo.

Hay casos donde además de lo anterior pueden existir factores fisiológicos que asociados pueden confirmar la existencia de dicho diagnóstico como el caso a continuación; en este orden de ideas, Clark y Beck (1989) dice: Acorde con el modelo cognitivo, el sistema de procesamiento de la información conduce a la aparición de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos de la ansiedad y la depresión. Sin embargo, el modelo cognitivo no afirma es sesgo en el procesamiento de la información sea la única causa de la psicopatología: las variables genéticas, del desarrollo, hormonales físicas y fisiológicas pueden también estar involucradas en los desórdenes de la ansiedad y la depresión (pág. 381). Dado a ello el TA, muestra rasgos de ansiedad y depresión de podría catalogar con agregado en el diagnóstico como *Mixto*.

La identificación de pensamientos o ideas, algunas estrategias tomadas como compensatorias utilizadas por el paciente, como también creencias centrales serán fundamentales para entender su visión del mundo, de sí mismo y del futuro.

Bajo el enfoque cognitivo-conductual el tratamiento de los Trastornos Adaptativos está orientado a mejorar la capacidad de resolver problemas según la edad, la capacidad de comunicación, el control de los impulsos, la capacidad de dominar la ira y la capacidad de controlar el estrés, además del manejo del estado depresivo, tomado de Beck y otros autores. Las intervenciones se centran directamente en los pensamientos, las sensaciones y los comportamientos del sujeto con la meta de modificar estrategias específicas de adaptación y aliviar los trastornos emocionales. Incluyen una variedad de técnicas como la capacitación para la relajación, la biofeedback, la solución de problemas y la reestructuración cognitiva; así como la distracción, la interrupción de los pensamientos, la superación de las aseveraciones propias y ejercicios de imágenes mentales.

Por otro lado, Lang propone las manifestaciones de ansiedad, de miedo, o de cualquier otra emoción se pueden observar a tres niveles diferentes (experiencia, cambios somáticos y conducta), pudiendo darse el caso de la falta de concordancia entre las manifestaciones observadas en los tres canales de respuesta (cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor), por lo que cabe pensar que cada canal obedece a un sistema conductual diferente. Nos encontraríamos así con tres sistemas de respuesta parcialmente independientes (Lang, 1968). Young (1999) propone los supuestos teóricos de esquemas maladaptativos, tempranos. El esquema es central en la terapia cognitiva y la propuesta de Young (1990) es el contenido maladaptativo de los esquemas que presentan los trastornos de la personalidad y otros trastornos psicopatológicos.

El presente Estudio de Caso único como metodología, de evolución empírico analítico, en el perfil cognitivo de un paciente con Trastorno Adaptativo mixto de ansiedad y depresión; se utilizaron instrumentos de tipo cuantitativo y de carácter descriptivo de diseño no experimental, teniendo en cuenta la entrevista clínica, el Inventario de depresión de Beck (IDB) y el cuestionario E.M.T (esquemas mal adaptativo temprano), además de las técnicas e instrumentos de recolección de información. En el inventario de Depresión de

Beck se evidencian síntomas relacionados con problemas en el ritmo de sueño (insomnio), por las dificultades para la toma de decisiones, sentimientos de culpa y afecto deprimido. De acuerdo con la valoración actual, los síntomas en este momento son significativos para suponer una condición depresiva en grado moderado con una puntuación directa total de 21. El cuestionario EMT, por su lado presenta entre los más destacados o importantes, vulnerabilidad alta de (48), miedo a perder el control con (32) en lo que concierne a la autonomía; dentro de conexión, las carencias emocionales registra (35); dentro del valor así mismo, registra en estándares inflexibles muestra (49), entre otras variables elevadas.

El fin de este estudio y sus estudios, era inicialmente tratar de identificar los factores motivadores o las diferentes variables que podrían dar más viabilidad a un posible diagnóstico TA. Estos resultados resaltan en gran manera algunas ideas o características de la paciente con relación a la ansiedad y la depresión, sin embargo hay evidencias de que estos no son individualizados, sino que presentan una dinámica asociada en algunos antecedentes que son de gran relevancia dentro la historia de la paciente, así como los detonantes para que estos sean manifestados en su comportamiento y pensamiento.

3. JUSTIFICACION

En la actualidad es evidente que los problemas de la salud mental perturba la calidad de vida de los individuos tomado así en la percepción errónea a nivel social y económico. En este caso de Trastorno Adaptativo (TA), dentro de un sistema social no es con frecuencia detectado, por diferentes variables, una de ellas puede ser tomada por un diagnóstico de ansiedad generalizada. Los síntomas del TA, son emocionales de tipo ansioso y se producen como consecuencia de agentes estresantes psicosociales, como emigración (Avangues y Orellana, 2008; Delgado, 2008; Perada, Actis y de Prada, 2008; Salabarría, de Corral, Sanchez, Larrea, 2008) o el divorcio (Yárnos, Guerra, Comino, Plazaola y Biurrun, 2008). En este caso, los síntomas de ansiedad pueden dar lugar a lo que dominamos TA con ansiedad o mixto, no cumpliendo los criterios de un trastorno de ansiedad o depresión. Esto demuestra a que con frecuencia el diagnóstico no es acertado, a pesar de los cambios y ritmos de vida en la actualidad.

Pocas son las investigaciones y estudios realizados para este tipo de diagnósticos, limitándonos a los diferentes matices de la ansiedad o no tener en cuentas las diferentes variables históricas del paciente en cuento a los cambio de actividades laborales, familiares, entre otras, se pueda tener. En este orden, el presente estudio pretende analizar el perfil cognitivo del paciente por medio de la identificación de pensamientos, ideas inflexibles o creencias, factores de tipo familiar, síntomas que contribuyeron puntos propios al trastorno. De igual forma, se hizo conveniente esta investigación, ya que favorecería una formación de una teoría más centrada o específica como lo es el inicio o factores desencadenantes de este o el mantenimiento del TA. En otro lugar la comunidad científica dado a que este estudio en la modalidad de estudio único de caso (ECU), aportarían nuevas estrategias o planteamientos teóricos y retomar los existentes con algo novedoso.

Cabe recordar, que el modelo cognitivo juega un papel importante; [...] los esquemas proporcionan las instrucciones que guían el objetivo, la dirección y las cualidades de la vida diaria y de las contingencias especiales» (Beck y Freeman, 1990: 4). El trastorno adaptativo se caracteriza por síntomas emocionales y/o conductuales clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. El cuadro suele presentarse de manera progresiva. Si el estresor fue único, se espera que la sintomatología no ocurra más allá del primer mes desde el acontecimiento estresante (CIE-10), pero otros criterios son más flexibles y se espera su aparición hasta 6 meses después de lo ocurrido. Los síntomas son similares a otros trastornos de ansiedad, pero es frecuente que exista una mezcla variable de humor depresivo, ansiedad, dificultad para planificar el futuro, agobio psíquico, y pueden llegar a ser intensamente disfuncionales. Un trastorno adaptativo prolongado puede agravarse y ser indistinguible de un episodio depresivo.

Por otro lado, en estudios los TA tienen una considerable prevalencia, siendo uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria: 21% aprox. de adultos tratados en régimen ambulatorio (APA, 1994; Despland *et al.*, 1995; Fabrega *et al.*, 1987), con una incidencia estimada del 7,1 % en admisiones psiquiátricas hospitalarias (Greenberg *et al.*, 1995).

Es importante destacar que existen pocos tratamientos de elección basado en la evidencia para este trastorno, sólo existen recomendaciones generales, junto con algunos estudios de investigación aislados sobre el tema. Por tanto, no hay datos que puedan apoyar la elección una determinada estrategia de tratamiento, lo que sigue siendo una decisión clínica. Existe una necesidad evidente de realizar investigaciones empíricas sobre el tratamiento cognitivo conductual del TA. Sólo un estudio sistemático con diseño de caso único que involucren el enfoque cognitivo conductual en sus intervenciones se tendrá la estandarización de métodos y estrategias para mejorar la eficacia del tratamiento del Trastorno Adaptativo. En

este sentido podemos decir que el desarrollo y aplicación de planteamientos conceptuales y estrategias de intervención basados en la experiencia clínica.

Y como anteriormente se mencionó, la importancia de este estudio, los beneficios del mismo apuntan a que los resultados que se muestren darán fortalecimiento en los planteamientos teóricos existentes dentro de la comunidad científica, este estudio fortalece un cuerpo teórico específico como lo es el asociado a la génesis y mantenimiento del TA, la identificación de los pensamientos automáticos, esquemas o creencias centrales, estrategias compensatorias y los factores de predisposición relacionados en la instauración del trastorno.

Para la Universidad del Norte este estudio de caso único dentro de la Maestría Clínica, se denomina en un trabajo investigativo que genera información actualizada relacionada con el TA, cooperando al crecimiento de líneas de investigación específicas.

Finalmente, el paciente estudiado con diagnóstico de Trastorno Adaptativo Mixto obtiene un beneficio en su calidad de vida y su adaptación en las diferentes situaciones vitales mediante el análisis profundo y sistemático del perfil cognitivo y el tratamiento personalizado dirigido a la minimización de los signos y síntomas presentados en sus niveles afectivos, cognitivos y conductuales.

Se es necesario la investigación en este caso dado al posibles aumento de este diagnóstico, ya que puede ser confundido dentro de lo que se llamaría una diferenciación de estos como son el estrés, una ansiedad o depresión en cualquiera de sus clasificaciones dando así resultados poco eficaces para un paciente que en realidad pueda tener TA, abriendo paso a la eficacia del tratamiento terapéutica cognitivo conductual.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el pasar del tiempo, se muestran cada vez más situaciones complejas en relación a la vida que tiene cada persona dentro de lo que se domina vida cotidiana, esto a su vez requiere de estrategias eficaces y efectivas de una resolución idónea. Estos eventos y experiencias pueden ser vistos por las personas con resultados inciertos o quizá amenazantes o cambios que no consideraban y que deben enfrentar de forma adecuada. En algunas ocasiones, estas reacciones desadaptadas no son ni graves ni duraderas, por lo que no se debe establecer un diagnóstico psicopatológico, pero en otras ocasiones generan un intenso malestar que termina por interferir en la vida de la persona, los Trastornos Adaptativos (TA).

El diagnóstico de TA puede no ser descubierto con facilidad ya que el preocuparse por algunas razones de cambios y otras condiciones es tomado por una queja general, complementando que no es un fenómeno exclusivamente patológico, ya que todas las personas se preocupan con frecuencia. (Beck & Clark, 2012), además, Según Hales, R.; Yudofski, S.; Talbott, J. (2000) el trastorno adaptativo es un fenómeno relacionado con el estrés.

Como se menciona anteriormente, hay muy poca información recolectada sobre los TA, en algunas estadísticas se muestran la Ansiedad en los cuadros más comunes, El Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad (CentroIMA), ubicada en la ciudad Buenos Aires – Argentina, “la prevalencia en la población (es decir, el porcentaje de casos que se encuentran en la población general a lo largo de la vida) de los Trastornos de Ansiedad en conjunto es del 29%. [...] En los Centros de Atención Primaria, los Trastornos de Ansiedad también son muy frecuentes (19,5%), Trastorno de Pánico 4.7%, Agorafobia sin

pánico 1.4%, Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social) 12.1%, Fobia Específica 12.5%, Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 5.7%, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) 1.6%, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) 6.8%, Trastorno por Ansiedad por Separación 5.2 %, Algún Trastorno de Ansiedad 28.8%. En estos detalles, se podría decir que TA se podría encontrar oculta en la última cifra porcentual.

Sin embargo, en la revista, *Apuntes de Psicología* (2008, Vol. 26, número 2, págs.. 303-316) de la Universidad de Sevilla, se realiza un artículo de estudio de caso donde se manifiesta, “Los TA tienen una elevada prevalencia, siendo uno de los problemas psicológicos más frecuentes en los contextos de atención primaria y hospitalaria: 21% aprox. de adultos tratados en régimen ambulatorio (APA, 1994; Despland et al., 1995; Fabrega et al., 1987), con una incidencia estimada del 7,1 % en admisiones psiquiátricas hospitalarias (Greenberg et al., 1995). En nuestro país (España), Gómez-Macías et al., (2006) encontraron una incidencia del 13,5 % en un centro de salud, analizando pacientes nuevos con este diagnóstico en un periodo de 8 meses. Los TA, son frecuentes en personas que padecen condiciones médicas (Strain et al., 1998), especialmente si son graves (por ejemplo, 35% aprox. de pacientes oncológicos).

Estos trastornos TA tienen un alto porcentaje de morbilidad, con tasas muy elevadas de autolesiones, que en ocasiones llegan al suicidio (Kryzhanovskaya y Canterbury, 2001; Schnyder y Valach, 1997; Strain, 1995), problema que ha llevado a recomendar la necesidad de evaluar el riesgo de suicidio, especialmente en adolescentes con diagnóstico de TA (Portzky et al., 2005). Por otro lado, dentro de la categoría de los TA también se incluyen problemas cada vez más frecuentes como los relacionados con el acoso (“mobbing”, “bulling”, etc.), o el “síndrome del quemado” (“burn out”), etc., que se consideran “formas extremas de la sintomatología propia de los TA” (Gómez- Macías et al., 2006)”.

Por otro lado, en un estudio realizado en Colombia en el 2003, muestra que por tipos de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo, 15% y los de uso de sustancias 10.6%. (Posada, Aguilar, Magaña & Gómez, 2003). De momento no existen estudios donde se realice clasificatoriamente la identificación diagnóstica del TA en el país.

Conociendo alguna información estadística, en esta instancia es importante decir que las personas con este tipo de trastorno pueden estar aumentando a pesar de las cifras no claras y que su estudio podría ser de vital importancia, dado que este tema no es común.

En resumidas, el Trastorno Adaptativo TA tiene como característica esencial es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable (APA, 2000). Se sabe que uno de los principales factores de riesgo para su desarrollo es la presencia de circunstancias vitales estresantes, ante las cuales fracasan los procesos de adaptación al estrés, aunque no existe un modelo único o unánimemente reconocido que lo explique. También la predisposición y la vulnerabilidad personal desempeñan un papel importante en el desarrollo del cuadro, aunque el conocimiento de estos factores en este trastorno en concreto es escaso y no se incluyen en las principales clasificaciones diagnósticas (APA, 2000; WHO, 1992). En una persona, significa una reacción de desajuste (inadaptación) ante uno o más acontecimientos estresantes.

La relevancia que tienen el TA en términos de sufrimiento personal, gasto sanitario y pérdidas laborales o cambios del mismo, así como su ritmo, choca con la notable escasez de trabajos existentes sobre el tratamiento de este trastorno (Casey et al., 2001).

Por lo general, el paciente se muestra en definitiva en cuadros estresantes de cambios como lo veremos en el estudio, específicamente en situaciones sociales y de eventos de evaluación, estas pueden asociadas, como por ejemplo a un cambio de ciudad o de actividades diarias (Avargues y Orellana, 2008; Delgado, 2008; Pereda, Actis y de Prada, 2008; Salabarría, de Corral, Sanchez, Larrea 2008). De acuerdo con el modelo cognitivo, los pensamientos que pueda tener el individuo (disfunciones o automáticos), puede experimentar un incremento en la activación fisiológica, aumentando a su vez la frecuencia y la gravedad de las cogniciones erróneas que tiene.

El Trastorno de Adaptativo puede ser un diagnostico poco común ya que la preocupación es una queja usual de las personas y en ocasiones puede verse asociada a la vida diaria y sus distintos ámbitos, por ende pasando desapercibida y de cómo los distintos modelos podrían mejorar en la unificación podrían dar una explicación, se hace necesario indagar y contribuir con la perspectiva cognitiva con más documentación acerca de la génesis y mantenimiento de dicho trastorno, por ello se llega a la siguiente pregunta problema:

¿Cómo dar conceptualización al perfil cognitivo de un paciente con Trastorno Adaptativo Mixto de Ansiedad y estado de ánimo Depresión?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Conceptualizar el perfil cognitivo de un Trastorno Adaptativo Mixto de Ansiedad y Depresión en un paciente adulto, desde el modelo de la terapia cognitiva, con el fin de proponer un plan de tratamiento eficaz para la remisión del diagnóstico.

5.2. Objetivos Específicos

Describir el perfil cognitivo de un paciente con Trastorno Adaptativo Mixto de Ansiedad y Depresión desde los aspectos cognitivos

Identificar la dinámica operacional del Trastorno Adaptativo Mixto, asociado a síntomas de ansiedad y depresivos en un paciente adulto, desde los supuestos teóricos de la terapia cognitiva conductual.

Evidenciar los principales Esquemas Maladaptativos Tempranos presentes en el Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en un paciente adulto.

Diseñar un plan de intervención desde los supuestos teóricos de la terapia cognitiva conductual, consecuente con el perfil conceptualizado

6. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

6.1. Identificación del Paciente

NOMBRE: IRPR

EDAD y FECHA DE NACIMIENTO: 65 Años [23-01-1951]

SEXO: Femenino

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Profesional

OCUPACIÓN/ PROFESIÓN: Pensionada/ADMON de Empresas

RELIGIÓN: Católica

Nº DE HIJOS: 3 – Mujer 40 años de edad y hombres 41 y 37 años de edad

6.2. Motivo de Consulta

PACIENTE: “No tengo un despertar normal, siento que me apretón en la cabeza y después me pasa como al pecho y se me dificulta respirar, eso para mí no es calidad de vida, hay ocasiones en que me da durante el día, no me provoca hablar con nadie cuando pasa... se lo comento con mucha tragedia” – “la ansiedad mía es la soledad y eso está latente (el estar sola)”.

6.2.1. *Contacto Inicial:* La paciente ingresa a consulta de forma participativa dentro de la entrevista, su presentación personal es adecuada y aseada, su comportamiento verbal es acorde y el no verbal mostro inquietud, llega a consulta por iniciativa propia.

La paciente tiene antecedentes en asistencia a consulta por psiquiatría donde en repetidas ocasiones ha suspendido los tratamientos aludiendo a que la

alteran más; agrega que actualmente toma [Ribotril] recomendado por el neurólogo, “eso ha hecho que puedo dormir un poco más”. Actualmente está consultando un médico homeópata agregando que se está sintiendo mejor. Es importante anotar que desde que le dieron un mal diagnóstico en la ciudad de Medellín iniciaron este tipo de ataques, el diagnóstico dado fue (polimiosistis).

[Inicio de la menopausia: temprana por sacarle los ovarios a la edad de los 37 años.]

6.3. Descripción Sintomática (Quejas Principales del Paciente)

ASPECTO COGNITIVO: “La ansiedad mía es la soledad, eso siempre está latente, eso se me quita cuando tengo que hacer otras cosas, no he encontrado solución a esto, desde que me recetaron esto me inicio”, “yo siempre soy una mujer activa, me gusta hacer muchas cosas, eso se me quita si me pongo hacer algo, por eso busco que hacer, cuando yo trabajaba antes eso era muy agotador y estresante, era muy pesado y a eso me acostumbre... yo busco la forma de salir a realizar cualquier diligencia fuera de casa para no estar allí sola, invento actividades con mis amigas también”.

ASPECTO AFECTIVO: Tristeza, ansiedad.

ASPECTO CONDUCTUAL: Muestra llanto (cuando está sola).

ASPECTO FISIOLÓGICO: La paciente siente tensión, aceleración cardíaca en las horas de la madrugada.

ASPECTO RELACIONAL: La paciente por lo general ha aumentado el vínculo de amistades para no sentirse sola, posible aislamiento familiar.

ASPECTO CONTEXTUAL: Su problemática solo se muestra en el contexto del hogar.

6.4. Identificación de Problemas Actuales

Problema No.1: Alteración del Estado de ánimo: Depresogénicos

Problema No.2: Respuestas de ansiedad y de angustia: Somático

6.4.1. *Análisis Descriptivo del Problema:* Problema No.1: Alteración del Estado de ánimo: Depresogénico. Según la paciente, la alteración de su estado de ánimo se manifiesta con tristeza y la experimenta cuando está sola en casa [que es la mayor parte del tiempo], esto debido al cambio de vida como pensionada y los cambios de vida de sus hijos. Afirma que se siente sola, por lo cual busca realizar actividades para no quedarse en casa en periodos de tiempo largos, en ocasiones pierde el apetito, algunas ocasiones se siente desmotivada; agrega que siente todo esto a causa de la soledad; la paciente se muestra así desde hace aproximadamente año y medio.

6.4.2. *Análisis Descriptivo del Problema:* Problema No.2: Respuestas de ansiedad y de angustia: Somático. La paciente afirma que casi todos los días se despierta alterada y siente que le están apretando la cabeza y una vez lo tiene en la cabeza, pasa al pecho lo que le impide respirar, agrega que en algunas ocasiones la obliga a ir al baño; esto ocurre por lo mismo en las horas de la madrugada dura aproximadamente entre 1 y 2 horas o simplemente realizando las responsabilidades que tenga pendiente en el día, esto a viene afectando aproximadamente un año y medios a lo que recurrido a tratamientos por psiquiatría según ella sin éxito alguno.

6.5. Análisis Histórico

6.5.1. *Historia Personal:* IRPR, es una mujer de contextura delgada, usualmente se muestra bien vestida; Su temperamento es estable mostrándose respetuosa y seguidora de las normas en todos los ambientes en los cuales se encuentre. A nivel físico tiene un diagnóstico caracterizado por dificultades en su sistema circulatorio; además de antecedentes de control psiquiátrico desde hace un año aproximadamente (con baja adherencia en sus diferentes tratamientos). Se concluye que tuvo un normal desarrollo en su periodo gestacional

6.5.2. *Historia Familiar:* Es madre de 3 hijos mayores de edad, cada uno tiene su respectiva familia y viven fuera de la ciudad, sus edades son de 41, 40 y 37 años respectivamente. Su matrimonio duro 21 años y de allí en la fecha no ha tenido más relaciones, los motivos de su separación fueron los causa de maltrato y por infidelidad según su afirmación “yo lo he perdonado, tiene su propia familia”. Actualmente vive sola, y solo es acompañada cuando la visita sus familiares por parte de madre o cuando tiene personas próximas como estudiantes (pensionadas), en casa; se denota aislamiento con sus hermanos y otros correspondientes a su familia materna y paterna. De pequeña, afirma que la crianza fue dura, dada a que su padre era de carácter fuerte.

6.5.3. *Historia Académica - Laboral:* Se caracterizó por tener un buen rendimiento académico en todos los niveles, es administradora de empresas y en la actualidad es pensionada de una entidad pública o del estado, desempeñándose en el área administrativa de la institución. Agrega que su

trabajo allí fue muy activo y de mucho estrés por lo cual siente que aún no se ha adaptado a la idea de no trabajar por completo.

6.5.4. *Historia socioafectiva:* Siempre se ha caracterizado por ser una persona afectuosa desde la infancia. Reconoce que ha ido cambiando desde que conformó su propia familia, anotando que es muy sociable y disfrutaba la compañía de sus amistades, sin embargo, se abstiene de visitar a sus familiares cuando están enfermos o estén en hospitales. Posterior a la conformación de su familia se ha aislado un poco del resto de sus parientes; tiene buena relación con los miembros de su familia de origen pero no comparte casi con ellos para que no invadan la privacidad de su propio núcleo familiar.

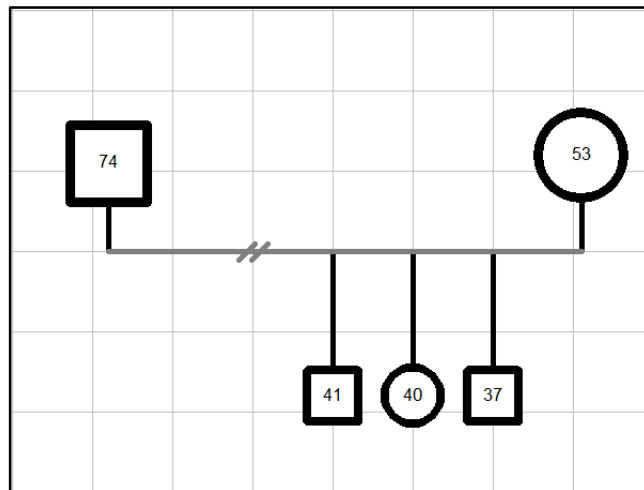
6.5.5. *Historia sexual:* Inició experiencias sexuales hacia el final de la adolescencia sin involucrar la afectividad en dichas relaciones. Solo ha tenido una pareja estable a lo largo de su ciclo vital. Actualmente no tiene relaciones sexuales. Manifiesta que de momento no está interesada en formalizar o tener relaciones con nadie. Como hecho significativo, después de la separación con su ex pareja, no ha tenido más relaciones de pareja.

6.5.6. *Historia del problema:* IRPR no muestra dificultades en su infancia aparentemente, se resalta la separación con su pareja por motivos de maltrato he infidelidad, sus hijos se trasladan de ciudad por motivos de trabajo y se convivencia con sus respectivas parejas. Desde hace 2 años aproximadamente presenta ataques que denomina como ataques de ansiedad en las horas de la madrugada con sensación de pesadez o apretón en la cabeza y en el pecho lo que le dificulta la respiración. Agrega que eso se inició cuando un médico especialista le dio un diagnostico grave de su otra afección de salud y por un medicamento de tipo reumatológico que empezó a tomar recetado por el

mismo profesional en medicina interna. Tiene antecedente de asistencia al psiquiatra sin éxito alguno según su afirmación, por lo cual suspende medicamentos por decisión propia y en diferentes ocasiones. Describe que ha asistido a diferentes profesionales para buscar fin a su enfermedad con los ataques pero sin soluciones absolutas de momento.

6.5.7. Genograma:

Figura N°1



6.6. Proceso de Evaluación

6.6.1. Pruebas Aplicadas y Resultados:

Se ha realizado de la siguiente manera:

Entrevista Clínica (paciente)

Inventario de depresión de Beck (IDB)

Test EMT

Entrevista Clínica:

En el inicio de las sesiones se plasma un contacto inicial con la paciente, crea un clima de confianza, lo que facilita el proceso dentro de una relación empática teniendo en cuenta las habilidades de entrevista psicoterapéutica.

Se observan aspectos como la actitud al ingreso de cada sesión, su presentación personal, su motivo, la conducta motora, el lenguaje verbal y no verbal, su coherencia, expresión afectiva, entre otros aspectos.

Se procedió a establecer los acuerdos necesarios para cada sesión y la responsabilidad mutua de los mismos.

Se busca puntos importantes acerca del origen del problema, lo que mantiene o refuerza, como también aspectos emocionales, además los aspectos culturales, pautas de crianza y estilos afectivos, entre otros que pueden ser de ayuda.

Inventario de Depresion de Beck (IDB):

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 items para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada item varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida.

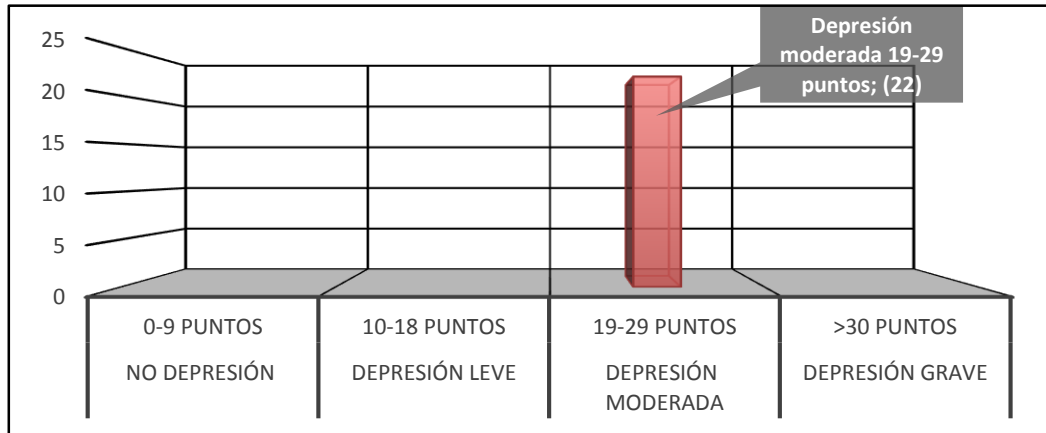
El objetivo para este caso, es determinar o detectar de forma un poco más concreta el grado promedio del estado depresogénico de la paciente.

Dentro de los últimos resultados se muestra que la paciente muestra una puntuación de 22 comprendiéndose así como una depresión moderada, Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

Tabla N°1

No depresión	0-9 puntos	
Depresión leve	10-18 puntos	
Depresión moderada	19-29 puntos	22
Depresión grave	>30 puntos	

Figura N°2



(Última semana).

Algunas de las manifestaciones significativas que el paciente marcó en el inventario son síntomas relacionados con sentimientos de insatisfacción, dificultad de la adaptación o rutinas de trabajo, pérdida de peso, además, bajo interés sexual y problemas en el ritmo de sueño (insomnio) y desánimo para realizar cualquier cosa.

De acuerdo con la valoración actual, los síntomas en este momento son significativos para suponer una condición depresiva moderada en el límite superior (límitrofe) con depresión grave.

Test EMT (Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos):

A continuación se presentan los resultados de la prueba Cuestionario de esquemas maladaptativos Tempranos EMT, El cuestionario de esquemas, el Young Schema Questionnaire fue desarrollado por Young (1990) para evaluar los esquemas maladaptativos tempranos. La primera versión del cuestionario identificaba quince esquemas por medio de 123 ítems. En esa revisión, Young menciona cinco dimensiones y dieciséis esquemas maladaptativos tempranos. El primer cuestionario original de Young (Schema Questionnaire) basado en su propuesta teórica no fue sometido a ningún estudio de tipo estadístico.

Posteriormente Young (1991, citado en Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995), identifica dieciséis esquemas agrupados en seis áreas superiores de funcionamiento o dominios: inestabilidad/ desconexión (conformada por tres esquemas desadaptativos básicos: abandono, abuso/desconfianza y privación emocional), autonomía deteriorada (que incluye tres esquemas básicos: dependencia funcional, vulnerabilidad al daño/enfermedad y entrapamiento), indeseabilidad (que contiene tres esquemas: defectuosidad, indeseabilidad social e incapacidad de logros), autoexpresión restringida (que contiene dos esquemas: subyugación e inhibición emocional), el dominio de satisfacción restringida (que contiene tres esquemas: autosacrificio, estándares inflexibles y negatividad/pesimismo), y el dominio de límites insuficientes (que contiene dos esquemas: derecho y autocontrol insuficiente).

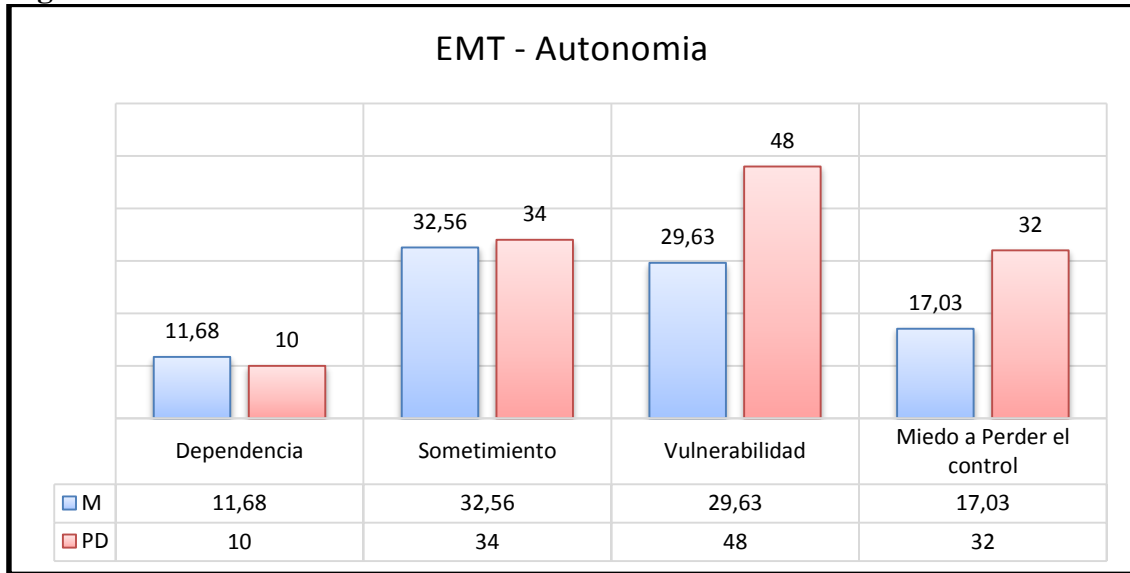
El objetivo es determinar el perfil o pensamientos cognitivos que presenta la paciente, este ayudara a identificar su estado actual y a identificar el problema motivo de inconformidad y consulta.

Tabla N°2

	ITEMS	MEDIA	DESVIACION	PROMEDIO	
AUTONOMIA					R/
Dependencia	1-6	11,69	4,45	7-16	10
Sometimiento/falta de individualidad	7-20	32,56	11,02	43-21	34
Vulnerabilidad al daño	21-31	29,63	10,81	40-18	48*
Miedo a perder el control	32-39	17,03	6,99	24-10	32*
CONEXIÓN					
Carencias emocionales	40-48	13,93	7,82	21-6	35*
Abandono/ pérdida	49-54	14,9	5,69	20-9	32*
Falta de confianza	55-64	17,72	7,33	22-10	31*
Aislamiento social/ alineación	65-69	9,07	4,64	13-4	11
VALOR DE SI MISMO					
Defectos/ incapacidad de ser amado	70-74	7,17	3,42	10-3,75	15
Aceptación social	75-82	11,64	5,44	17-6	10
Impotencia/ fracaso	83-91	11,81	5	16-6	10
Culpa/ castigo	92-99	14,72	5,03	19-9	17
Vergüenza/ turbación	100-104	7,9	4,11	12-3,79	5
Estándares inflexibles	105-115	35,23	11,11	46-24	49
Limites insuficientes	116-123	20,65	8,09	28-12	25

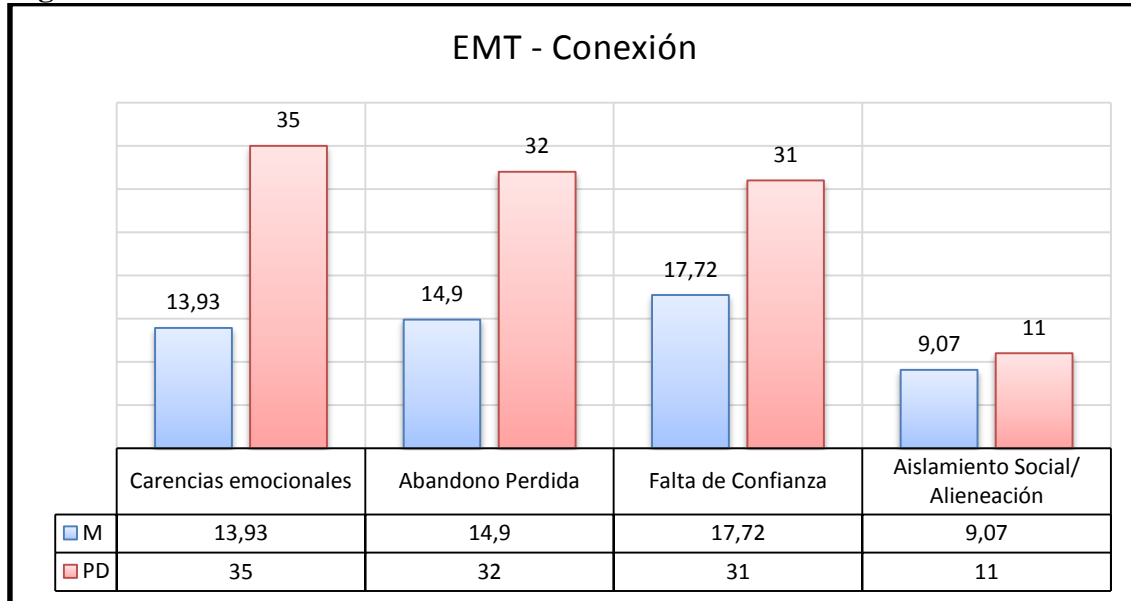
En los resultados obtenidos, se evidencia unas puntuaciones directas superiores a la media en la mayoría de las variables, las que nuestra una normalidad, es decir no superable de la media son: dependencia, aceptación social, impotencia/fracaso y vergüenza/turbación. De acuerdo con la tabla de resultados, de forma gráfica se puede observar de la siguiente forma:

Figura N°3



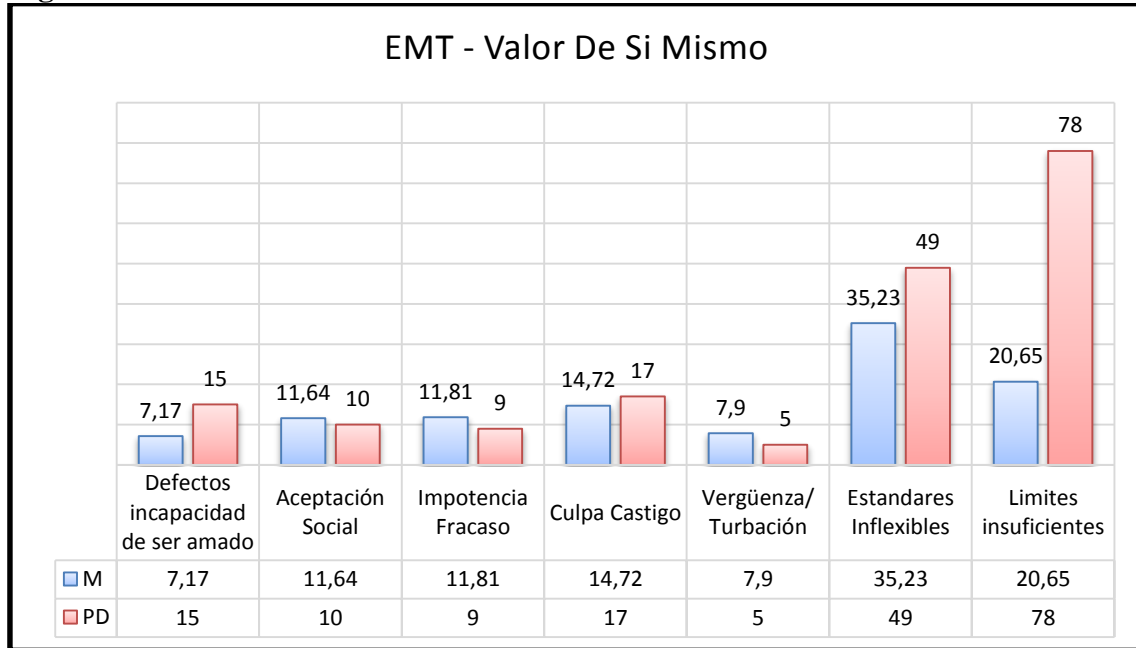
Domino de Autonomía, se hace mención al análisis del caso donde se resalta los diferentes factores de vulnerabilidad, resaltando así la Vulnerabilidad al Daño con un PD= 48, sobre la media esperada que es de (29,63), además, en la variable de Miedo de Perder el Control resalta un PD= 32, que también es elevada sobre la media de (17,03), mostrando así una autonomía en dificultades y miedos de no tener control sobre si dentro de su factores de estrés.

Figura N°4



Para el dominio de Conexión, la variable correspondiente a las Carencias Emocionales dieron un PD= 35, su media esperada de encuentra en (13,93); la variable Abadono/Perdida tiene un resultado elevado en PD= 32, donde la media muestra un (14,9); la variable Falta de Confianza muestra en resultado de PD= 31, sobre la media esperada de (17,72). Esto demuestra dentro del caso de la paciente, dificultades de la infancia en cuanto la expresión manifestada de emociones por parte de sus padres, además de las dificultades de pareja resaltadas dentro del casos y otros puntos como el cambio de la dinámica familiar.

Figura N°5



En el dominio de Valor de Sí Mismo, dentro de las variables como, Defecto/Incapacidad de ser Amado con un resultado de PD= 15, Culpa/Castigo con una respuesta de PD=17, Estándares Inflexibles con resultado de PD= 49 y la variable Limites Insuficientes con un PD= 25 y sobres las medias (7,17 – 14,72 – 35,23 y 20,65), respectivamente. De esta forma se puede evidenciar algunas dificultades que presenta la paciente en su estado afectivo, sobre todo en las 2 últimas variables o esquemas.

6.6.2. Análisis Funcional

Alteración del Estado de ánimo: Depresogénicos

Tabla N°3

<u>SITUACION</u>	<u>RESPUESTA</u>	<u>CONSECUENCIA</u>
Cuando su hijo llego a la ciudad y no le pudo abrir la puerta.	Psicofisiológica: No reporta Cognitiva: “es que a veces me pongo muy sensible”, “no sé cómo no pude abrirle a mi hijo la puerta”, “a veces no tengo ganas de hacer nada”, “tanto tiempo de no verlo y hago esto”. Afectiva-Emocional: tristeza [85%], desesperanza. Motora: llanto, salir a realizar actividades o buscarlas por fuera de casa.	Evade la responsabilidad del afrontamiento familiar (Refuerzo -)

Respuestas de ansiedad y de angustia: Somático

Tabla N°4

<u>SITUACION</u>	<u>RESPUESTA</u>	<u>CONSECUENCIA</u>
Cuando despierta de forma repentina sin razón aparente a altas horas de la madrugada.	Psicofisiológica: Pérdida del apetito, dificultad para respirar. Cognitiva: “no tengo un despertar normal”, “esto para mí no es calidad de vida”, “a veces no me provoca hablar con nadie”, “cuando pasa... se lo comento con mucha tragedia”, “pero yo me sobrepongo y trato de manejarlo”. Afectiva-Emocional: Angustia. Motora: Ir al baño, salir de su cuarto, tratar de entrenarse con los que haces del hogar.	Busca salir de casa o realiza ejercicios (Refuerzo +)

6.6.3. Evaluación DSM IV- TR

Tabla N°5

Diagnóstico Multiaxial DSM IV-TR	
EJE I	Trastorno adaptativo F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28].
EJE II	No presenta.
EJE III	Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (Polimiositis o fibromialgia - Artritis).
EJE IV	Otros problemas psicosociales o ambientales (proceso bioquímico [menopausia]-estructura familiar-jubilación).
EJE V	Evaluación de la actividad global [80].

6.6.3.1. Diagnóstico Diferencial

Dentro de la diferenciación diagnóstica hay algunos aproximados en las cuales este puede ser confundido, sin embargo se presentan características o criterios que se deben tener en cuenta.

Algunas generalidades: Trastorno específico del Eje I. El individuo tiene síntomas que cumplen los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor en respuesta a un estresante.

Trastornos de la personalidad que son frecuentemente acentuados por el estrés. Si en respuesta a un estresante aparecen síntomas que no son característicos del trastorno puede establecerse el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo.

En el Trastorno no especificado (p.ej., trastorno por ansiedad no especificado), la presentación es atípica o subclínica y el factor estresante no es identificable. Los síntomas pueden persistir durante más de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias han cesado.

El Trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo requieren la presencia de un estresante psicosocial extremo y una constelación de síntomas específicos. En cambio, el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles. Los factores psicológicos que afectan el estado físico, aumentan la probabilidad de que se presenten enfermedades o complican el tratamiento de estas. En el TA, la relación es inversa los síntomas psicológicos aparecen en respuesta al estrés de recibir un diagnóstico médico. En algunos individuos pueden darse las dos alteraciones.

Cuando un paciente se encuentra en etapa de duelo, se da una reacción esperable en respuesta a la muerte de un ser querido. Cuando la reacción excede o es más prolongada de lo que cabría esperar el diagnóstico de TA puede ser apropiado, sin embargo hay que tener en cuenta los otros síntomas para poder ser confirmado como tal. En el diagnóstico perteneciente a Otras reacciones no patológicas al estrés, estas no provocan un malestar superior al esperable y no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral.

Trastorno de Ansiedad Generalizada: No manifiesta estos síntomas en su totalidad por que puede controlar el estado de preocupación (no hay preocupación intensa), no cumple la mínima cantidad del criterio C (3) del DSM-IV para el diagnóstico por TA como la presente la paciente.

T. de Ansiedad Debido a Enfermedad Médica: no corresponden a trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, ya que si bien la infertilidad le genera ansiedad, no es un antecedente suficiente ni único, descrito dentro de los parámetros del trastorno en el DSM-IV. Con el T. del Estado de Ánimo, la sintomatología presente es de carácter ansiosa, no se evidencian síntomas significativos para un diagnóstico de T. del estado de ánimo, aunque los problemas son un predisponente importante, los síntomas en este sentido surgen como respuesta al malestar que le genera la ansiedad y los problemas familiares.

6.6.4. Factores de Desarrollo

A continuación se muestra los Factores de Desarrollo que nos permiten identificar las diferentes variables implicadas, tanto en el origen como en el establecimiento y mantenimiento de los problemas identificados en la paciente.

Factores de predisposición (biológica, psicológica, familiar, social)

Biológica: No se reporta antecedentes familiares, sin embargo la paciente presenta diferentes cuadros clínicos (menopausia temprana, estraxion de ovarios y polimiositis).

Social: Aislamiento de familiares y auto programación constante de actividades.

Psicológica: Se muestra con dificultades de adaptación y poca adaptación de los cambios sociales y laborales, además de estado de ánimo depresivo y episodios de ansiedad.

Familiar: Separación de su esposo e hijos fuera de casa (familias propias); sobreprotección en su infancia.

Factores Adquisitivos

C. Operante: La búsqueda constante de realizar actividades de forma constante al momento de sentirse sola en casa, hace de esto una dificultad para su adaptación.

C. Clásico: La respuesta de ansiedad manifiesta en las mañanas dada la necesidad de “soledad” o de estar acompañada.

Factores Desencadenantes o Precipitantes (distales o proximales):

Distales: Lejanía de la familia cercana y actividades auto programadas frecuentes poco necesarias.

Proximales: Síntomas ansiosos o búsqueda de compañía constante, auto programación de actividades constantes.

Factores de Mantenimiento:

Se muestra aislándose de forma constante de la familia que tiene en la misma ciudad.

No se permite estar sola en casa, lo cual pasa la mayor parte del tiempo por fuera, realizando actividades creadas por ella o programadas a nivel social con sus contactos de confianza.

6.6.5. *Conceptualización Cognitiva*

Se presenta de la conceptualización cognitiva en el cual se resumen en su inicio los datos básicos de identificación y sociodemográficos de la paciente, continua el motivo de consulta donde presenta de forma voluntaria su inconformidad o problema personal. Consecutivamente se relacionan los problemas identificados en el paciente como lo son: Alteración del Estado de ánimo: Depresogénicos y Respuestas de ansiedad y de angustia: Somático. Seguidamente se presenta como diagnóstico principal el Trastorno adaptativo F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28], en el cual según el DSM-IV TR (2002) en cual dice que la característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable [...] El estresante puede ser un acontecimiento simple (p. ej., la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (p. ej., dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales). Los estresantes son a veces recurrentes (p. ej., asociados a crisis estacionales en los negocios) o continuos (p. ej., vivir en un barrio de criminalidad elevada). El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (p. ej., como sucede en una catástrofe natural). También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo (p. ej., ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse).

Dado las especificaciones anteriores la paciente presenta acontecimientos muy marcados y descritos por el diagnóstico.

El componente afectivo se presenta en el cambio de la dinámica familia que existe en el entorno (cambio de vivienda de los hijos desde 2003 que el hijo menor salió, años antes de la jubilación por razones de trabajo y realización familiar), a eso seguido el cambio de las

actividades diarias (jubilación en el año 2008 a los 57 años de edad), entre otros aspectos personales dentro del caso expuesto.

Seguido, los datos relevantes del desarrollo vital que se relacionan con los Factores de Desarrollo como lo son los factores de predisposición, los factores adquisitivos, los factores desencadenantes los factores de mantenimiento que describimos en el apartado anterior.

A continuación el Esquema nuclear de incompetencia así como la Presunción de que “Desamparo (Soledad) y vulnerable (no productiva)”, asimismo las Reglas tales como “No me puedo quejar. Debo conservar el equilibrio, yo lo tengo todo” y los Estilos de Afrontamiento como evitación, preocupación y auto exigencia; finalmente las estrategias compensatorias evita demostrar su ansiedad para no parecer la que necesita apoyo, asume responsabilidades, entre otras.

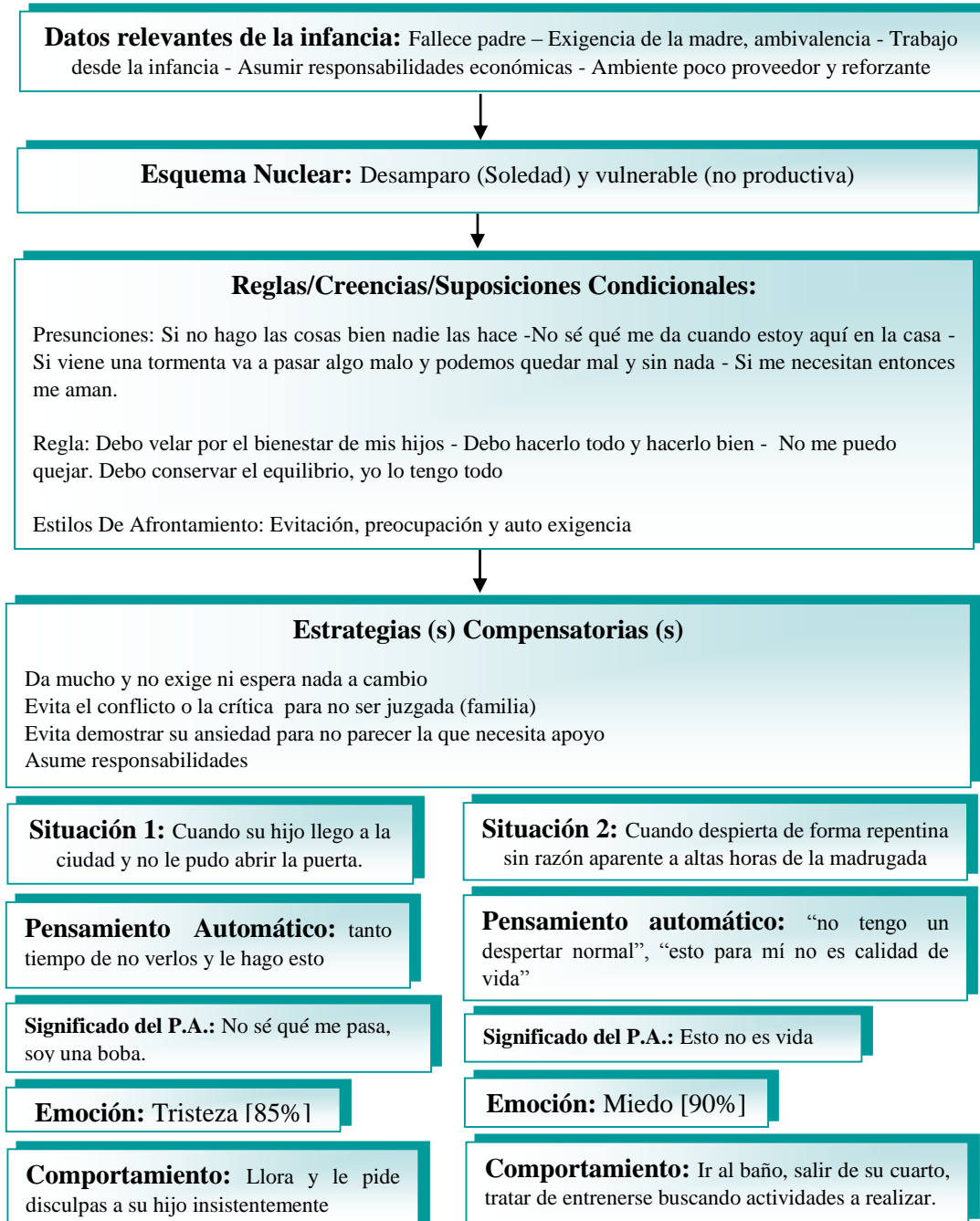
Ulteriormente se detallan muestras de los pensamientos automáticos concernientes con los problemas identificados en la paciente así como su respectivo significado, la respuesta emocional involucrada y el comportamiento desplegado en cada uno de ellos.

Seguido, se esquematiza la conceptualización cognitiva a través del siguiente diagrama:

Tabla N°6

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACION COGNITIVA			
ID. PACIENTE	IRPR	E. CIVIL	SEPARADA
EDAD	65 AÑOS	ESTRATO S.E.	3
SEXO	FEMENINO	RELIGION	CATOLICA
ESCOLARIDAD	PROFESIONAL	FECHA	
MOTIVO DE CONSULTA	La paciente dice que desde hace años tiene una ansiedad en las horas de la madrugada [enero de 2011, inicia básicamente desde las 2 am en adelante]. “No tengo un despertar normal, siento que me apretón en la cabeza y después me pasa como al pecho y se me dificulta respirar, eso para mí no es calidad de vida, hay ocasiones en que me da durante el día, no me provoca hablar con nadie cuando pasa... se lo comento con mucha tragedia” – “la ansiedad mía es la soledad y eso está latente (el estar sola)”.		
ID. PROBLEMAS	Problema No.1: Alteración del Estado de ánimo: Depresogénicos Problema No.2: Respuestas de ansiedad y de angustia: Somático		
DIAGNOSTICO :	Trastorno adaptativo F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28].		
DATOS RELEVANTES DE LA INFANCIA Factores de desarrollo de los problemas (predisposición, adquisitivos, desencadenantes y de mantenimiento)	0-4: Vivió con sus padres y hermanos (zona rural), ayudaba a su madre en las labores del hogar. 5-9: Ayudaba a la madre en el negocio familia (venta de arepas bollos). 10-14 Siguió en el negocio familiar, fallece su padre, madre sobre exigente. 15-20: Se la lleva una ti a la zona urbana (Montería) y continúa los estudios. 21-25: Se casó y continuó en la misma ciudad, dificultades con su pareja por infidelidad y maltrato físico. 26-30: Dificultades económicas, problemática de pareja. 31-35: Separación de su hijo por motivos de trabajo, estabilidad laboral. 36-40: Cirugía (extracción de los ovarios) y otras dificultades de salud. 41-45: Separación de su pareja, separación de su hija por motivos de formación de hogar. 46-50: Separación de su ultimo hijo, persisten las dificultades de salud. 51-55: Cambio de domicilio, persisten las dificultades de salud, alteraciones emocionales. 56-65: Actual Jubilación laboral, dificultades en su salud, manifestaciones ansiosas.		

Tabla N°7



La paciente desde la infancia temprana evidenció una importante necesidad afectiva por parte de los padres, en especial de la madre, la cual lo hizo que iniciara responsabilidades económicas y del hogar a temprana edad. Por ello, desde las primeras etapas del desarrollo ya evidenciaba una elevada necesidad de afrontamiento y necesidad afectiva, reaccionando con sus hijos de forma “sacrificada”. Esto explica el refuerzo negativo de las conductas de configurándose desde temprana edad un Esquema Maladaptativo sobre carga de responsabilidades dentro de sus experiencias vitales, convirtiéndose en factor de adquisición de su perfil cognitivo.

Lo anterior conlleva también a que culpe los cambios de condición laboral o de rutina, dando a entender que no se siente capaz de tener una vida tranquila sin estar en constante movimiento, reforzando la idea de querer sentirse útil ante sus hijos y los demás dentro de su rol social.

El paciente revela su estado de vulnerabilidad sintomatología de ansiedad asocio a la sintomatología afectiva. Es así como los esquemas cognitivos de baja adaptabilidad, una sobre ejecución de actividades diversas y somatización ansiosa como también represión de las emociones ante otros familiares. Carencias Emocionales e poca adaptación o aceptación al medio actual, es lo que muestra el perfil cognitivo de la paciente. De este modo, a su costumbre vital, en la alineación de su perfil cognitivo estos esquemas creados en la paciente se han afianzado a través del tiempo en estructuras constantes y sustancialmente contribuyentes de predisposición psicológica.

7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES

7.1. Primera Sesión:

La finalidad de esta sesión, se buscó el contacto inicial con la paciente: Su motivación, la marcha, articulación verbal, su gestualidad y ademanes, tono y timbre de voz, presentación personal, su actitud, su congruencia, entre otros aspectos. Dado esto, se estableció el motivo de consulta expresado directamente de la paciente, destacando la problemática dentro de la entrevista. A su vez, se da espacio para plantear el “rapport” con la paciente, teniendo como orden las o manejo adecuado de la entrevista psicoterapéutica.

Se realiza la recolección de los datos principales de la paciente, como los son su nombre, edad, identificación, contacto, entre otros; seguido a eso de inicia la captación de la información de aspecto de los síntomas emergentes y las quejas, también lo relacional y contextual que esto implica.

Se realizó la organización y revisión de los problemas expuestos por la paciente o que presenta, pudiendo ver así su estado emocional y/o psicosomático mediante una medición subjetiva de 0 a 100 en su intensidad, tiempo y estado en la que aparece la problemática, su aspecto contextual y relacional, esto permitió la elaboración del plan de trabajo terapéutico.

Se acordó un esquema de trabajo con la paciente teniendo en cuenta los objetivos, las dinámicas diferenciadas dentro de las sesiones, herramientas a tener en cuenta, alcances,

límites, medios. Se realizó acuerdos previos en caso de imprevistos o inconvenientes que se puedan presentar durante el curso de las sesiones a cumplir. Se tomó así bajo las condiciones anteriores, un contrato terapéutico con la paciente dando paso a la explicación detallada de lo que consiste el modelo terapéutico cognitivo conductual (TCC) ilustrándola con ejemplo de sus propias quejas dadas; dado vía a la comprensión de la línea básica de pensamiento - emoción – conducta. Se estipuló una serie de objetivos claros, alcanzables con el paciente. Dado lo anterior se abrió espacio para tener en cuenta el punto de vista de la paciente en cuanto a sus expectativas y motivaciones frente a proceso terapéutico los resultados a alcanzar. Aquí se resalta que el compromiso tanto de la paciente como del terapeuta es importante, de compromisos y responsabilidades que son compartidas dentro del proceso, resaltando un estado activo de parte de la paciente, teniendo siempre presente los aspectos científicos de la psicología aplicada con expectativas y soluciones realistas. Se acordaron sesiones de semanales con recomendaciones a realizar fuera de las sesiones como método de refuerzo y otras soluciones “actividades en el hogar”. En este espacio de la sesión se deja como punto centrar tomar apuntes de identificar las emociones, síntomas físicos y las emociones que son de total inconformidad dando espacio a la descripción libre del paciente de una calificación en una intensidad de 0 a 100. Seguido, se realiza ejercicio de identificar sus pensamientos rígidos o poco flexibles, ayudándole a ser conciencia sobre ellos.

Se procedió a realizar aproximaciones posibles en cuanto a su diagnóstico dándole relación con la sintomatología y la problemática; se aclara que no se presenta o se expone alguna enfermedad o de términos a fines de patologías o trastorno. Se le realiza en forma general algunas posibles aproximaciones de sus problemas sin hacerle una confirmación o rotulación a un diagnóstico directo, esto se evita para que la paciente se mostró en un estado de preocupación intensa.

Se finalizó dando espacio a la paciente de realizar un resumen de los acuerdos realizados dentro de la sesión como lo es las actividades a realizar de forma personal, adjetivos, alcances, entre otros, conocimiento de cómo se llevará las sesiones dentro del sistema TCC, retroalimentación de lo tratado y los compromisos y condiciones estipuladas.

7.2. Segunda Sesión:

La paciente asiste de forma puntual a la consulta, se realiza total énfasis en lograr un clima adecuado dentro de la sesión dando así, a las técnicas y protocolos que se deben seguir dentro de la entrevista.

Paso a seguir dentro de la entrevista, se resalta el interés que tiene IRPR de poder dar solución a que le aqueja; se logra mostrar detalladamente las quejas de la paciente de forma más detallada donde se dieron o mostraron puntos importantes a tener en cuenta, dando énfasis a algunos eventos estresantes y a los que ella toma como principal motivo de asistencia a consulta, comprendiendo de forma más clara las manifestaciones físicas que presenta, además de su contenido cognitivo y afectivo.

Se busca también que la paciente lleve algunos registros de sus síntomas e identificaciones de los inicia de los síntomas, es decir algunas motivos de alteración o ideas automáticas que presente. De esta forma se logra que la paciente logre tomar hábito de orientación dadas dentro de la consulta, esto en la actividad para la detección de sus problemas, sino del mismo modo para su vida cotidiana.

Dado a lo que se ha manifestado y además la importancia de reunir los criterios diagnósticos, se realiza un resumen de la sesión pasada, la examinación de su estado de ánimo y síntomas somáticos ansiosos y comportamiento. De esta forma se busca realizar una organización de los problemas clínicos de la paciente (meta-análisis), tomando todo lo relacionados con sus quejas y síntomas (cognitivos, afectivos, motivacionales, físicos-fisiológicos, contextuales, relacionales y conductuales). Se da paso a la recolección de información pertinente a su autobiografía, antecedentes del problema, familiares y personales, detectando puntos “neurálgicos” críticos para decantar factores y variables incidentes en el actual cuadro clínico de la paciente.

Dado a lo que realiza en esta sesión, se realiza una replantación de algunos objetivos y metas en contorno a los problemas expuestos y analizados. Se toma los acuerdos con la paciente para iniciar actividades en la relación a puntos relacionales y contextuales, además de las circunstancias motivo de malestar clínico.

Se le induce al paciente que realice un resumen de lo acordado (en este punto de agrega algunos cambios en vi rutina diaria dentro del hogar, entre otras), como los son los planes y objetivos. Con ellos se realiza una retroalimentación de lo tratado las actividades a realizar en su hogar.

7.3. Tercera Sesión:

En relación al proceso terapéutico, se muestra un fortalecimiento en la vinculación de los roles terapeuta – paciente. El cumplimiento de los objetivos, las expectativas de la paciente contribuyen a que el clima muy favorable para los avances dentro del modelo cognitivo conductual.

En esta oportunidad, se revida nuevamente los objetivos acordados dentro de la sesión pasada, y una explicación dada por la paciente. Se procede a realzar técnica de relajación, en este caso respiratoria con el fin de tomar la sintomatología en relación a la ansiedad y otros somáticas, se le dan instrucciones y explicaciones de cómo realizarlo en su hogar en horas específicas, todo esto bajo el monitoreo del terapeuta.

A continuación se realiza una revisión de auto registro que la paciente realiza para identificar acontecimientos o momentos que generen estrés, demás sobre pensamientos disfuncionales automáticos, también se realiza registro de distorsiones cognitivas dentro de los contenidos información dados a partir de los pensamientos. En este ejercicio se hace énfasis directamente en los eventos de malestar o preocupación persistente, incluyendo pensamientos intrusivos perturbadores.

En el momento de la consulta, también se estaba atento a la identificación de los pensamientos automáticos emergentes, insertos en el discurso del paciente y la cadena de distorsiones cognitivas que se manifestaban de los mismos. De allí que se le reforzó a la paciente el aprendizaje de identificarlos con mayor destreza y distinguirlos de la

interpretación que el sujeto hace de éstos. Mediante el dialogo con el paciente en la entrevista se indagan a profundidad.

Seguido, se da una muestra de la entrevista clínica en lo que corresponde a la dinámica de la paciente:

Terapeuta: Bueno, ¿cómo te fue con la actividad de tu registro en casa, la que acordamos aquí la última vez?

Paciente: Yo la hice, aquí está, no sé si está bien así como la hice.

T: Ok, vamos a recordar esos sucesos por la cual dices que te pasa todos los días, situación que te causa malestar...

P: Pues que le digo... mire eso me pasa prácticamente todos los días, yo estoy dormida bien, cuando de repente me despierto como con una caso en la cabeza, siento que algo me la está apretando, después eso sea lo que sea se me pasa al pecho y siento que tengo dificultad para respirar, me tengo que parar de la cama.

T: aah, si... ¿que otro detalle tiene?

P: Pues eso siempre me pasa a la misma hora, tipo 2 o 3 de la mañana, de allí no duermo más y para que eso se me quite, tengo que ponerme hacer algo... no sé por lo general me pongo hacer oficio en la casa para que eso se me pase.

T: Ahja!, sí...

P: Eso a veces me dura mucho tiempo en la cabeza, casi toda la mañana pero ya poquito, cuando me pongo hacer oficio, me concentro en lo que estoy haciendo y eso se me pasa.

T: Mmm... Para esta situación... ¿ha acudido al médico?.

P: La verdad si, fui a un par de sesiones con una psiquiatra del seguro y recomendar tomar unas pastillas... mmm no me acuerdo como se llaman, deme un momento (busca unos papeles en su bolso), las pastillas se llaman ribotril (las pastillas las toma desde hace 8 meses y a partir de allí las suspende con regularidad, la paciente no tiene claridad de los

miligramos que toma, control por psiquiatría casa 30 días)... esas me duermen un poquito más, solo hasta las 5 de la mañana, de allí me despierta eso tan horrible, ¡otra vez!

T: Cuando eso pasa y además de esos síntomas que usted me describe, ¿tiene otro síntoma más durante el día?

P: la verdad me da hasta pena decirlo, pero... eso a veces me levanta con ganas de ir hasta le baño, eso me lleva al baño literalmente, a veces queda el malestar en la cabeza todo el día pero bajito, otros días no.

T: mmm... ¿Qué otra cosa realiza durante el día cuando tiene esto?

P: la verdad no me gusta quedarme en casa porque es peor, a mi estos se me quita es haciendo cosas, otra cosa que hago es armar planes con mis amigas, ellas también están pensionadas como yo y pues hacemos los que sea, si no es eso, voy a la iglesia... no se, pero algo hago porque no se gusta quedarme sin hacer nada en la casa y mucho menos si estoy sola allí sin nada que hacer, a veces cuando no puedo salir porque no sale nada, me pongo hacerle aseo de nuevo a la casa, fíjese usted!.

T: a parte de estas cosas... que otras cosas siente que le pasan?

P: no había pensado es eso... mmmm, pero sabe!, ahora que me lo pregunta, en algunos momentos siento que no tengo ganas de hacer nada y tampoco de hablar con nadie, cuando es pasa por allí me llaman mis hijos que son los únicos que atienden cuando estoy así, dentro... nada de nada.

T: Ahja!, sí!... ¿usted ha realizado otras cosas distintas a lo que me ha referido para que esto quizá pueda disminuir o cambiar?

P: Mis hijos me han llamado a que valla a donde ellos a pasar unos días, pero a mí me da mucho miedo montar avión y eso por carretera con esta artritis que tengo no lo soporto.

T: y sus hijos, ¿qué piensan?... ¿qué opinan ellos de esto que me estas contando?

P: ellos siempre me dicen eso está en mí, que yo no estoy loca, que yo lo puedo controlar, que deje de estar pensando en tantas cosas, que eso me pasa por el estrés.

T: Ahja!,... ¿qué piensa de esta opinión de sus hijos?

P: ellos tienen razón en unas cosas, pero en otras no... pues... ellos no saben que es sentir esto y yo he puesto todo de mi parte.

7.4. Cuarta y Quinta Sesión:

Para la cuarta sesión, se prosigue con la revisión de las actividades dadas en la sesión anterior a realizar en casa y su registro, abriendo espacios a la evolución y retroalimentando el cumplimiento de objetivos, compromisos adquiridos y metas. De este modo se hace una ponderación subjetiva de la intensidad y frecuencia de la sintomatología del estado de ánimo y alteración psicósomática en relación con el compromiso de las preocupaciones que en este caso es saber cómo controlar lo que le sucede.

Una vez realizado lo anterior, la paciente dice que quiere decir algo muy importante, a lo que se cambia las actividades programadas para esa sesión, se muestra de la siguiente manera:

Terapeuta: es cierto, te veo algo preocupada o angustiada, ¿cuéntame lo que te sucedió?

Paciente: La verdad... no sé cómo le pude hacer eso a mi hijo (llanto)

T: mmm... relátame, ¿qué fue lo que le hizo a tus hijos?

P: en esta semana el vino de Bogotá, y como siempre eso feo que me da en las mañanas me despertó puntual, realice los oficios de la casa y él llegó a eso de las 9:00 de la mañana.

T: continúa... ¿qué paso después de eso?

P: él me llamó y me dijo que no era necesario que lo fuera a recoger al aeropuerto por que estaba con su jefe y otros compañeros de trabajo, en fin, yo ese día salí a realizar unas diligencias y a reunirme con mis amigas... desde entonces yo regreso a la casa porque él

me había dicho también que regresaría a la tarde para dormir en la casa y así se ahorraría lo de la estadía en hotel... ¡yo no sé qué me paso! (llanto).

T: cálmate un poco.

T: cuando dices “no sé qué me paso”... ¿a qué te refieres con eso?

P: pues yo estaba tan cansada esa tarde que llegue al cuarto, las niña pensionada llego también y se encerró en su cuento y yo me quede dormida, yo deje mi celular en silencio y mi hijo se cansó de llamarme ese día por celular y ni modo de tocar la puerta que porque yo vivo en un 5 piso y yo no sentí nada... me dio tanta cosa con el que viene por poco tiempo y desde lejos y yo ni siquiera lo pude recibir... (Llanto)

T: mmm... ¿después de eso que más sucedió?

P: Pues él tuvo que buscar hotel para quedarse esa noche, me dijo que había llegado como a eso de las 9:30 de la noche a la casa... yo la verdad estoy muy fregada, no sirvo, como deje a mi hijo allá afuera después de tanto tiempo sin verlo.

T: bueno, pero... ¿al día siguiente que sucedió?

P: yo me levante a eso de las 3 am, con esa cosa que me da, y me doy cuenta que el celular estaba en silencio con una cantidad de llamadas perdidas de él.

T: ¿usted lo llamo después de darse cuenta?

P: sí... yo lo llame y le dije que me perdonara, que fue que me quede dormida, en pocas palabras le dije todo lo que pasó (llanto)... en ese momento no me daban ganas de hacer nada ni ver a nadie, a él solo lo pude ver una media hora por que ya se tenía que regresar a Bogotá.

T: en esa llamada que usted le hizo... ¿el que le respondió?

P: no... pues él lo que me dijo era que no me preocupara, que esas cosas pasan, que el en el en estos días regresa, pero q no sabe cuándo que este pendiente y que no me preocupara, que el solo regreso al hotel donde estaban sus compañeros... yo la verdad no sé por qué me paso eso, porque le tuve que hacer eso a mi hijo.

T: pero mire que su hijo de una forma muy normal le dice a usted que no se preocupara, mire que regreso al hotel y pudo descansar... exactamente de todo esto ¿qué es lo que le inquieta más?

P: pues que lo estaba esperando y no pude estar con él un rato, como él quería y como yo quería, que no debí descuidarme, ese día que se fue quede muy triste.

Conforme a lo anterior, se replantea los objetivos y las metas psicoterapéuticas con el paciente, re-definiendo y re-direccionando el proceso clínico y los compromisos de alianza terapéutica; para este caso se le plantea a la paciente que se realizaran algunas actividades en la siguiente sesión.

Para la quinta sesión, se indaga con la paciente sobre su estado de ánimo con relación a lo expuesto en la última charla, además se realiza revisión de las actividades dejadas para el hogar.

En lo sucesivo, se realiza análisis del el caso expuesto por la paciente dado a mostrar algunas ideas a nivel cognitivo que puede dar resultados negativos a su comportamiento, esto ayuda a los registros recolectados para un diagnóstico más certero.

En consecuencia a la aproximación de la naturaleza de los problemas del paciente, a la identificación de las quejas sintomáticas y la pertinencia del levantamiento de hipótesis diagnóstica en el proceso de evaluación fue preciso hacer útil la aplicación del Test Inventarios de Depresión de Beck -IDB- (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) y el cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos -EMT- de Jeffrey Young; conviniendo que estas pruebas son de autoinforme ágil, sencillo y con reactivos

relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV, además de ser reconocido por sus propiedades psicométricas de alta validez y fiabilidad. Lo que acontece, es que al punto aquí señalado se logra de esta manera corroborar, distinguir, cualificar y medir la sintomatología ansiosa tanto subjetiva como somática, proporcionando peso de juicio clínico a la evaluación y al diagnóstico mismo.

Una vez termina la paciente con las pruebas, se realiza una retroalimentación de las actividades que debe realizar en casa y la continuación de su auto-registro personal, agregando otras a nivel práctico como lo son: ejercicios programados y actividades laborales u otras donde la paciente se pueda sentir de gran utilidad (en este caso, se le dan unas pautas de mucha utilidad que le pueden servir a la paciente donde puede iniciar con esta última).

7.5. Sexta Sesión:

Se continuó con el análisis del auto-registro y monitoreo de los pensamientos, productos afectivos y conductas, con ello, se busca continuar con la recolección de datos importantes.

Se procede a la retroalimentación de las pruebas anteriormente mencionadas y realizadas dentro de la última sesión. El Inventario de Depresión de Beck IDB, su resultado es de PD=22, lo que se podría considerar una puntuación mínima o límite inferior para el estado de Depresión Moderada, dando esto algunas evidencias del estado de ánimo de la paciente en algunos casos como las ganas de no hablar o tener contacto con otros o el no querer hacer nada, entre otros ejemplo que se dan como evidencia dentro de la historia de la paciente. De acuerdo con la valoración actual, los síntomas en este momento de la

evaluación no son significativos para suponer una condición depresiva, lo cual se puede relacionar con su nivel de activación actual dado a los últimos acontecimiento relatados por la paciente.

Seguido a ellos, también da retroalimentación del cuestionario EMT, aquí se toma como ejemplo dentro de las grandes ítems, la Autonomía que a su vez una de sus variables es la de Vulnerabilidad al Daño, donde la media esperada no debería superar los 29,63 con un resultado de 48, tomado así como evidencia de su estado de ánimo depresogénico dentro de su comportamiento y su estado ansioso.

7.6. Séptima Sesión:

Además de continuar con el análisis del auto-registro y monitoreo de la preocupación en la línea de intensidad y frecuencia, las emociones inapropiadas y la conducta consecuente que mantiene el circuito. Lo cual propende a recolectar información importante del perfil cognitivo del paciente.

Para ello, por ejemplo, se tomó la situación que se decanta en la información del autoregistro para debatirla y considerar con mayor profundidad los productos cognitivo, las distorsiones cognitivas y consecuencia, tomadas como significativas para la paciente:

Terapeuta: Listo, miremos tu condición personal de reocupación, de lo que crees puede producirte ansiedad. ¿Cómo has seguido con esos ataques en las horas de la madrugada?

Paciente: Digamos que estoy un poco contenta, porque eso me da, pero bajito, aunque hay idas que me da fuerte, pero ya estoy mejor... también decidí aceptar la sugerencia que me dio de no dejar así el tratamiento que me mando la psiquiatra, me estoy despertando un poquito más tarde, a veces las 4, a veces a las 5 de la mañana.

T: retomemos la pregunta que te realice en días pasados... ¿de dónde crees que te vino esa preocupación y ese ataque de las mañanas?

P: pues para serle sincera, mmm... esoooo, creo que viene desde que me dieron ese mal diagnostico allá en Medellín, yo creo que, que de allí vino eso y... aja! Ya mis hijos no están, ellos trabajando en otro lugar y yo pues desocupada.

T: ok... ¿crees que eso viene de allí? O quizá te falte algo más

P: es que es de allí... es, el hecho de estar sola, la soledad es lo que me tiene así, mire que cuando tenga visita en la casa, mmm, eso casi no me da

T: explícame eso como es, ¿cómo es eso de que casi no te da?, ¿cómo funciona eso?

P: sí... es que, cuando ellos llegan a la casa, prácticamente duermo con ellos, y durante el día me entretengo haciendo muchas cosas también por que los acompaño a realizar diligencias, salimos por allí a caminar, no sé, hago algo distinto... pero cuando quedo sola me viene eso otra vez, yo creo que es eso... la soledad me tiene así, además que eso de estar así sin hacer nada me tiene es mal, yo me siento útil todavía y quiero hacer muchas cosas, eso de estar desocupada no es para mí.

T: entonces usted considera que el estar sola... la tiene así de esa forma y que el estar digámoslo de este modo, “desocupada”, eso le ayuda a dar esos ataques

P: si eso!

T: digamos que ya sabes que eso proviene de allí, ¿ha realizado alguna estrategia para poder cambiar eso que dice?, es decir, la soledad y el estar desocupada

P: por lo menos mis hijos me dicen que pase con ellos varios días, pero a mí la verdad no me gusta molestar mucho, ¡jaja! Y fuera de eso ellos andan trabajado todo el día así que pa’

mí da igual y es que para rematar, quieren que yo me valla en avión y es eso me da mucho miedo... por tierra no voy porque esa artritis me quiere es matar, mejor no!

T: mmm... ya veo, hagamos algo, escúcheme bien del 1 al 100%, ¿cuento cree que eso la soledad y el cambiar de actividades o como usted mencionó el estar desocupada le general estos malestares por los que llego aquí?

P: mmm... yo creooo, yo creo que eso está en un 85%

T: ¿está segura?, tómese su tiempo y piense bien

P: si, yo creo que esta por allí entre un 83 y 85%

T: pongámoslo de esta forma... digamos que estás en tu casa en estos momentos, así como todos los días y pies estas sola y te pones a pensar... del 1 al 100% nuevamente, crees que que la soledad o estar no laborando o realizando algo de tiene de esa forma?, que tanto crees en ese pensar?... del 1 al 100

P: pues... mmm, en esa forma podría hacer un cambios... pensaría de estaría solo un poquito más abajo, en el 80%, quizá 81

T: mire que realizo un cambio, leve pero lo realizo

P: es que yo lo veo así... ese estado es lo que me tiene de esa forma y por eso me da esas cosas (...)

7.7. Octava Sesión:

Se inicia la sesión con el monitoreo del auto-registro de la triada cognición - afecto – conducta en el cual se reporta una disminución de los ataques de ansiedad en las horas de la mañana

En esta sesión se toma la organización de actividades a realizar durante la semana dentro de su rutina diaria, con actividades que tiene categoría de manualidades, además de

gestionar un posible puesto dentro de una fundación con funciones a las cuales se puede responsabilizar en papel de ayudante, asesora, entre otras.

Dado lo ultima, la paciente realiza las averiguaciones necesarias con su médico especialista para la adecuada rutina de ejercicios físicos recomendados dentro de las consultas anteriores, estos son programados dentro de una horas estratégicas para la paciente, de igual forma se programa dentro de la consulta una seria de salidas con fechas, estando el terapeuta en contacto con los familiares para el arreglo de los mismos.

Estas actividades, buscan que se llegue a una disminución de los ataques de ansiedad y los estados de ánimos depresivos que se podrían catalogar como posibles episodios. Con estas actividades programadas se realiza un pequeño registro dentro de la consulta.

7.8. Novena y Décima Sesión:

En estas dos sesiones consecutivas se inició con un reajuste y monitoreo de sintomatología, que se retomó desde los compromisos de la sesión pasada la revisión de las tareas para el “hogar” en cuanto en el ejercicio la flexibilidad de las creencias disfuncionales, reformulando así sus pensamientos poco flexibles y evidencia empírica.

Se corroboro por medio de documentos y evidencias el cumplimiento de la paciente con las actividades programas con un gran sentido de logro y responsabilidad, a la vez muestra mejoría dentro de su adherencia dentro del tratamiento recomendado por el psiquiatra.

Se realiza charla detallada de las actividades realizadas y de cómo se sintió en ellas buscando un anclaje cognitivo teniendo así un empalme con las actividades y compromisos de la sesión pasada.

Finaliza esta sesión provocando una síntesis del avance de la consulta, y una retroalimentación de lo sucedido con la inmediata planificación para la siguiente consulta, motivando al paciente con el compromiso de las tareas autónomas e independientes en su diario vivir.

En la sesión decima sustrayendo los avances en el proceso terapéutico, el estado actual en la disminución de la sintomatología de alteración ansiosa, la alteración del estado de ánimo. Punto central de esta sesión, radicó en la confrontación sistemática y paulatina mediante el debate “socrático” de los productos cognitivos y determinar las creencias intermedias como también el esquema nuclear que operan en el génesis y mantenimiento del cuadro clínico. Hasta este nivel del proceso terapéutico se resalta que la paciente ha dado pasos positivos dentro de la terapia. Realizada la conceptualización cognitiva y la formulación clínica del caso con el diagnóstico de Trastorno Adaptativo, se suscribe un consentimiento informado para ésta investigación.

Al finalizar las sesiones se realizó una retroalimentación de lo hecho hasta el momento concomitante con un resumen del progreso de la psicoterapia. Igualmente se realizó una planificación para la siguiente consulta, motivando a la paciente con la responsabilidad de las actividades autónomas e independientes en su diario vivir.

8. MARCO TEORICO

8.1. Consideraciones Generales

En la vida, existen invariables circunstancias que la mayoría de los sujetos aprende a manejar adaptado sus respuestas bio-psico-sociales para poderlas superar. Toda situación, estímulo o acontecimiento que impacte en el individuo y lo obligue a dar esfuerzo para ajustarse o adaptarse, se podría llamar un acontecimiento estresante; ejemplo, la mudanza a otra ciudad, cambio una nueva escuela, una agresión tal como un asalto, un cambio laboral, la pérdida o muerte de un ser querido, entre otros. Se puede agregar que los acontecimientos estresantes pueden afectar tanto individuos como grupos.

En otros argumentos de autores en abordar el estrés fue Hans Selye (1907-1982) quien planteó la existencia del síndrome de adaptación general el cual constituye una reacción de alarma del organismo ante la evidencia de que sus recursos no son suficientes para enfrentar las demandas del ambiente. Clasificando el estrés se puede diferenciar entre estresores físicos (condiciones que afectan al organismo como los cambios de temperatura), psicológicos (reacción interna de los individuos, preocupaciones acerca de amenazas percibidas) y psicosociales (provenientes de las relaciones sociales puede darse por aislamiento o por contacto excesivo). Según Hales, R.; Yudofski, S.; Talbott, J. (2000) el trastorno adaptativo (TA) es un fenómeno relacionado con el estrés. El término trastorno adaptativo ha sufrido una importante evolución desde 1952; paralelamente se han ido reconociendo otros trastornos relacionados con el estrés, como el trastorno por estrés postraumático.

8.2. Consideraciones de clasificación clínica y teórica

El DSM-IV TR, dentro de sus consideraciones clasificatorias lo toma de la siguiente forma: “El principio organizativo de todas las secciones restantes (excepto los trastornos adaptativos) consiste en agrupar trastornos en función de sus características fenomenológicas compartidas a fin de facilitar el diagnóstico diferencial. La sección «Trastornos adaptativos» está organizada de modo distinto puesto que tales trastornos han sido agrupados en función de su etiología común (p. ej., reacción desadaptativa a estrés). Por consiguiente, los trastornos adaptativos incluyen una amplia variedad de presentaciones clínicas heterogéneas (p. ej., trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo con alteración del comportamiento)”. Esto refuerza los argumentos de la calificación dentro de factores estresantes para su identificación.

Antes, se registraba por etapas evolutivas, después se incorporó un Trastorno de Adaptación caracterizado por una inhibición del estado de ánimo de la conducta o de la actividad laboral o académica (DSM III). Finalmente se incorporaron también los síntomas físicos (DSM III-R) y para la confección del DSM IV se formularon nuevas modificaciones.

Hasta la aparición del DSM-IV se había considerado un límite temporal para poder establecer este diagnóstico después de desaparecer el agente estresante: el TA era un diagnóstico transitorio que no tenía duración superior a 6 meses (Hales, R.; Yudofski, S.; Talbott, J.;2000).

Existen algunas diferencias en las conceptualizaciones teóricas del Trastorno de Adaptación. Este trastorno resulta aludido en varios clasificatorios de trastornos mentales dentro de los que es posible encontrar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM- IV), la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y, el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3) en su versión para Cuba de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

La indefinición de estos trastornos permite clasificar cuadros clínicos tempranos o pasajeros en los que los síntomas son vagos y poco concretos, pero cuyo estado mórbido es más grave que una reacción normal. Por tanto, el TA toma una posición importante dentro del espectro del léxico psiquiátrico. <<Las características etiológicas y dinámicas del diagnóstico del trastorno adaptativo lo convierten en una categoría diagnóstica fascinante que constituye una pieza clave entre la normalidad y la enfermedad>> (Hales, R.; Yudofski, S.; Talbott, J.;2000). Atendiendo esto, se considera necesario el estudio de este interesante tema; por lo que se propone como objetivo caracterizar los TA.

En la etiología de este tipo de trastornos, y según la definición actual de los mismos, la existencia de un anterior trastorno de personalidad o un trastorno orgánico mental pasivo, pueden aumentar la vulnerabilidad al estrés. Igualmente la gravedad del estrés no es siempre predictiva a la gravedad del TA. La organización de la personalidad y las normas culturales o grupales desempeñan un papel importante en las respuestas desproporcionadas ante agentes estresores. En las primeras etapas del desarrollo la capacidad de adaptación es muy débil, por tanto, cualquier variación de condición del medio puede provocar alteraciones en niños y adolescentes. No hay evidencias de que un determinado factor biológico cause los trastornos de adaptación.

La base de estos trastornos radica en el concepto de trauma como sobrecarga mental o psíquica, con un sentimiento total o parcial de desamparo unido a inhibiciones. En los TA el agente causante de estrés está dentro de la experiencia humana normal, la respuesta es desproporcionadamente intensa y la sobrecarga es sorprendente, pero la alteración es moderada y temporal (Kaplan, H. 1991).

“La predisposición y vulnerabilidad personal desempeñan un papel importante en el desarrollo del cuadro, aunque siempre es necesario que exista el acontecimiento estresante” (Hernández, Horga de la Parte, Navarro y Mira, 2010, p.41).

La CIE-10 excluye los agentes estresantes de tipo poco usual o catastrófico y hace reticencia a la predisposición individual. Señala que el riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de modo importante por una predisposición o vulnerabilidad individual. No obstante, acepta que el trastorno, no se habría presentado en ausencia del agente estresante. En cambio, el DSM-IV permite efectuar el diagnóstico en el caso de acontecimientos estresantes de carácter extremo, siempre que no se cumplan los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático o del trastorno por estrés agudo.

El Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3) ubica los TA debidos al efecto de uno o varios psicotraumas importantes (no excepcionalmente intensos ni catastróficos), o de un cambio biográfico que constituye una espina irritativa mantenida. Excluye situaciones de estrés crónico no removible, como la falta de vivienda, por ejemplo.

A continuación se realiza visualización descriptiva de clasificación de DSM-IV-TR, que propone los criterios del Trastorno Adaptativo, además de esta figura, se expondrá la clasificación de su agregado mixto y otro dentro de esta ramificación:

Tabla N°8

Criterios Para El Diagnóstico De Trastornos Adaptativos
A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: (1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante (2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.
<i>Especificar si:</i> Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses Crónico: si la alteración dura 6 meses o más
Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV. F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0] F43.28 Con ansiedad [309.24] F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28] ** F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3] F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4] F43.9 No especificado [309.9]

Según el DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales la característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable.

Ricardo González Menéndez (1998) clasifica a los trastornos de adaptación como: <<una afección funcional de nivel neurótico, provocada por contingencias que no tienen la trascendencia de las valoradas en las reacciones a estrés agudo o trastornos de estrés postraumático, pues se trata de cambios biográficos significativos o eventos vitales no catastróficos, pero dichos factores precipitantes se vinculan estrechamente con las manifestaciones psicopatológicas>> (p.111)

8.3. Variables de importancia

De momento no existen evidencias de carácter biológico, pero para que el TA se desarrolle, es necesario algún tipo de vulnerabilidad. La susceptibilidad interpersonal a la situación estresante puede entenderse puntos como: flexibilidad, susceptibilidad biológica a la ansiedad, inteligencia y las estrategias para hacer frente a la situación.

En niños, adolescentes y adultos, los temperamentos son distintos, un diferente grado de vulnerabilidad, experiencia diversa, como también la forma de confrontamiento es distinta es diferente. Su estadio de desarrollo y la capacidad de su sistema de apoyo de satisfacer sus necesidades específicas relacionadas con el estrés son factores que pueden contribuir a las relaciones que tenga ante una situación estresante determinada. Por tanto, si tenemos en cuenta las diferencias individuales de las capacidades de adaptación, ciertos factores de estrés pueden ser muy estresantes para un paciente y no serlo para otro. Sin pautas

cuantificables para medir los factores de estrés, el diagnóstico es a menudo determinado por la naturaleza de la respuesta individual, (Batlle Vila. 2009). Aquí, su entorno social en todos los aspectos es de un grado alto de importancia.

Figura N°6



Tomado de Batlle, S. (2009) *Trastornos de adaptación*. Universidad Autónoma de Barcelona.

8.4. Otros Aportes

Aunque los estudios específicos previos sobre estrategias de afrontamiento en personas diagnosticadas con TA son muy escasos, sí se ha abordado el tema de forma indirecta al estudiar otros trastornos mentales que cursan con síntomas similares, u otras poblaciones que ante diferentes vivencias estresantes negativas tienen una alta probabilidad de desarrollar problemas de salud mental en general, y TA en particular. Así, se ha encontrado que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas puede influir positivamente en la

salud mental y la evolución de pacientes con enfermedades que cursan con dolor (Ramírez, Esteve y López, 2001), pacientes con cáncer (Cano, 2005), pacientes con trastornos psiquiátricos graves (Perona y Galán, 2001), mujeres maltratadas (Miracco et al., 2010), cuidadores principales de personas con demencia (Li et al., 2012), personas con tentativas suicidas (Quintanilla, Valadez, Valencia y González, 2005), víctimas de delitos (Marín et al., 2008), etc. Y por otro lado, las estrategias desadaptativas, por ejemplo pasivas o evitativas, guardan una relación positiva con el estado de ánimo negativo (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012), y con un mayor nivel de estrés (Lara y Kirchner, 2012), siendo más frecuentes en personas con depresión y ansiedad (Guo, Xue, Zhao y Liu, 2005; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).

No obstante, mucho más relevante que las estrategias o recursos de los que dispone realmente la persona para hacer frente al estrés parece ser la valoración que de éstos realiza el sujeto, como ya apuntaron Lazarus y Folkman (1984), que entendían el estrés como un proceso interactivo en el que la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar. A este respecto, y en la línea del actual y creciente interés de la investigación por las características positivas y fortalezas humanas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), resultan interesantes constructos desarrollados recientemente como el denominado orientación positiva o positividad, conceptualizado como la tendencia a ver la vida y las experiencias desde un punto de vista positivo (Caprara et al., 2009; Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010), y que integra los conceptos de satisfacción vital, autoestima y optimismo.

La satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida o aspectos específicos de ésta (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Es considerada como la dimensión evaluativa-cognitiva del bienestar subjetivo (Rodríguez

Fernández y Goñi Grandmontagne, 2011), basada en un proceso de comparación con un criterio establecido subjetivamente, y considerada bastante estable y duradera (Veenhoven, 1994). Se asocia a aspectos tan variados como la satisfacción marital (Diener y Seligman, 2002), la productividad (Lyubomirsky, King y Diener, 2005) o un mejor estado de salud físico y mental (Boehm, Peterson, Kivimaki y Kubzansky, 2011; Ruiz, Sanjuán, Pérez García y Rueda, 2011).

La autoestima es la dimensión evaluativa y afectiva del autoconcepto, que se refiere al grado global de aceptación y respeto que uno tiene por sí mismo como persona (Harter, 1993). Su relevancia se debe a su relación con importantes indicadores del ajuste y el bienestar psicosocial. En este sentido, está ampliamente constatada su relación con variables tales como la integración social (Cava y Musitu, 2001), el rendimiento académico (Mann, Hosman, Schaalma y De Vries, 2004), la satisfacción laboral (Judge y Bono, 2001) y la salud mental (Beck, Brown, Steer, Kuyken y Grisham, 2001; Cava, Musitu y Vera, 2000; Mann et al., 2004). Por último, el optimismo, dentro del enfoque del optimismo disposicional de Scheier y Carver (1987), se entiende como la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos (Scheier y Carver, 1987, 1992), con un importante componente cognitivo y evaluativo, en cuanto que media entre los eventos externos y su interpretación personal, pero que involucra también aspectos emocionales y motivadores.

Los resultados de diferentes estudios han encontrado relaciones importantes del optimismo con variables como el éxito profesional (Seligman, 2003), y el ajuste y rendimiento escolar (Ruthig, Perry, Hall y Hladkyj, 2004), ejerciendo un efecto positivo sobre la salud y el bienestar psicológico y físico (Scheier y Carver, 1987).

La positividad ha resultado ser un fuerte predictor de medidas de bienestar como la presencia de depresión, el afecto negativo y positivo, la calidad percibida de las relaciones y la salud, y otros indicadores de funcionamiento óptimo escolar y laboral (Alessandri, Caprara y Tisak, 2012; Alessandri, Vecchione, et al., 2012; Caprara et al., 2012), explicando mayor porcentaje de varianza que el atribuido a los tres factores que lo integran individual o conjuntamente considerados. No obstante, por el momento no existen estudios que aborden específicamente la presencia de esta característica en muestras clínicas, y en concreto, en personas con TA. (Beatriz Vallejo Sánchez y Ana M. Pérez García (revista anales de psicología, 2015, vol. 31, nº 2)).

9. DEFINICION DE VARIABLES

9.1 *Variable de estudio:* Perfil Cognitivo

9.1.1 *Definición Conceptual del perfil cognitivo:*

Tomadas desde el procesamiento de la información; el individuo muestra sistemáticos comunes que reflejan la actividad disfuncional cognitiva, con fenómenos tales como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y pensamiento de todo o nada (A.T. Beck, 1967; Sacco & Beck, 1995); posteriormente, tales estudios se extendieron a una amplia gama de trastornos (p. e., Clark & Beck, 1997).

La organización cognitiva, según Clark et al. (1999) y Clark y Beck (1997), contiene dos niveles estructurales: uno superficial y otro profundo. El primero corresponde a los productos cognitivos llamados pensamientos automáticos; el segundo está relacionado con las reglas que condicionan la manera de estructurar el significado llamadas supuestos subyacentes, que incluyen, a la vez, las creencias intermedias, creencias nucleares y los esquemas (J. S. Beck, 2000). Estos últimos, según Clark y Beck (1997), son “estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, almacenamiento y recuperación de la información” (p. 120).

En ese orden, Clark et al. (1999) afirman que los esquemas se encuentran en el nivel estructural más básico de conceptualización cognitiva del individuo, y se entienden como las unidades básicas de información y significados. En el siguiente nivel están los esquemas en agrupaciones denominados modos, los cuales determinan las representaciones

cognitivas de los diferentes trastornos psicológicos; por último, la interconexión de varios modos conforma la estructura de la personalidad.

Por otra parte, en lo relacionado con los contenidos, es decir, lo almacenado en las estructuras cognitivas nombradas, están las creencias y los pensamientos automáticos. Las creencias son cualquier idea verbal o gráfica (cogniciones) consideradas como el paradigma personal del paciente acerca de sí mismo y del mundo. Las creencias, por tanto, son todas las observaciones e interpretaciones de los fenómenos, que tienen un marco de referencia personal a nivel conceptual (A.T. Beck et al., 1979).

9.1.2 *Definición operacional de la variable del perfil cognitivo:*

Se toma punto básico las creencias nucleares hacen referencia a creencias incondicionales, duraderas y globales sobre sí mismo y de otros o del mundo; estos, Representan el nivel cognitivo más profundo. Beck y Emery, 1985 (citado por Bados & García, 2010).

Las ideas en supuestos son condicionales que suelen darse como proposiciones, estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas, es decir reglas impuestas para sí y actitudes. Estas normas y actitudes están relacionadas con o derivan de presunciones condicionales. Así, la norma puede estar asociada a puntos estresores causada por sus creencias; y la actitud que puede derivarse de una presunción. Beck y Emery, 1985 (citado por Bados & García, 2010).

Resultados o productos cognitivos, pertenece a pensamientos precisos que emergen en escenarios externos o en sucesos internos en forma de imágenes o verbalización y, que la mayoría de las veces son automáticos e involuntarios. Son el resultado de la interacción entre los supuestos y creencias, los procesos cognitivos y los elementos situacionales. Son

el tipo de cogniciones de más fácil acceso. Beck y Emery, 1985 (citado por Bados & García, 2010).

Finalmente, para concluir la definición operacional de la variable perfil cognitivo, cabe mencionar que Young, 2003 (citado por Manrique, 2003) también propone que los esquemas maladaptativos tempranos hacen parte del nivel más profundo de la cognición, y los conceptualiza como estructuras relativamente estables y duraderas elaboradas en el transcurso de la infancia, se desarrollan a lo largo de la vida de la persona, y son disfuncionales en un nivel significativo. Además, en otro apartado dice que en un estudio de Biederman y Rauch (Fred & Berger, 2010) se afirma que el objetivo principal del tratamiento de los Trastornos Adaptativos es aliviar los síntomas y ayudar a la persona a retornar a un nivel de desempeño similar al que tenía antes de que ocurriera el hecho estresante. En el momento de programar el tratamiento deberán tenerse en cuenta la edad del sujeto, su estado general de salud, su historia médica, la expresión de los síntomas, el subtipo y la tolerancia del sujeto a determinados medicamentos o terapias. Se recomienda un tratamiento multimodal que incluye psicoterapia individual, terapia familiar y del comportamiento; y la vinculación a grupos de apoyo.

8. MARCO METODOLOGICO

10.1. Diseño

El presente estudio llamado “Análisis Del Perfil Cognitivo De Un Paciente adulto Con Trastorno Adaptativo Mixto Con Ansiedad Y Estado De Ánimo Depresivo” se basa en un modelo empírico analítico, de tipo cuantitativo con carácter descriptivo ya que el objetivo es presentar la descripción de un conjunto de variables y su interacción en contexto. Por medio del método de estudio de caso único, en el que se examina el perfil cognitivo en un paciente con TA Mixto con Ansiedad y Estado de Animo Depresivo, se pretende acceder y comprender trastorno en mención, por medio de la caracterización de creencias o esquemas centrales, pensamientos automáticos, supuestos subyacentes y sus estrategias compensatorias entre otros elementos característicos.

La investigación se enfocó desde un diseño no experimental de caso único de una sola medida ya que en este tipo de diseño se pueden deducir relaciones causales entre las variables de estudio. (Jones 1993, (mencionado por Roussos 2007)), señala que los estudios de caso único pueden ser usados para comprobar hipótesis clínicas particulares, referidas a pacientes específicos. De igual manera, los resultados de los estudios de caso único (ECU) dejar ver las sucesos de generación de nuevas estructuras de intervención, especialmente a través de las réplicas y las nuevas metodologías que se desarrollan continuamente (Jones 1993, mencionado por Roussos 2007).

10.2. Población

El estudio tuvo como población objeto un (1) sujeto de 65 años de edad, de género femenino, divorciada, profesional, pensionada, religión católica, tiene tres hijos mayores de edad, llega a consulta de manera voluntaria, con apariencia seria y formal, manifiesta de forma inmediata su problema, que tiene que ver los parámetros de signos y síntomas de un Trastorno Adaptativo.

10.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En este estudio se manejaron técnicas e instrumentos pertinentes para realizar el proceso, teniendo en cuenta el problema expuesto por el paciente y la necesidad de establecer el perfil cognitivo. Las técnicas e instrumentos utilizados en la presente investigación se describen a continuación.

Mediante La Entrevista Clínica se adquirió la recolección de datos principales del paciente, como lo son los datos de identificación, motivo de consulta, quejas del paciente, historia del problema, factores predisponentes y de mantenimiento, aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos, contextuales y relacionales entre otros. La entrevista clínica facilita el proceso de indagación de distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos asociadas a su problemática, de igual forma el contenido afectivo y la evidencia de su conducta.

Con el fin de analizar el contenido afectivo en el paciente, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Este inventario fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas, una vez que el

entrevistador le explica al paciente la forma de como diligenciarlo, el paciente podía hacer las elecciones que daba a su criterio personal o que adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Cols (1975).

En el año 1979 Beck y Cols, presenta una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), existiendo esta la más manejada en la actualidad; es un cuestionario autoaplicado que evalúa una amplia gama de síntomas depresivos. En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 opciones de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad y/o intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Su contenido destaca más en el elemento cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan entorno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. Esta es la escala aplicada al sujeto evaluado y en la cual el paciente tiene que elegir para cada agregado la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un

diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

Tabla N°9

No depresión	0 - 9 puntos
Depresión leve	10 - 18 puntos
Depresión moderada	19 - 29 puntos
Depresión grave	> 30 puntos

A efectos de filtrado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y Cols en ≥ 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: ≥ 16 en pacientes diabéticos, ≥ 21 en pacientes con dolor crónico). A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos. (Vázquez &, 1991).

El BDI es utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporcionando una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la validez terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos.

En cuanto a sus propiedades psicométricas el BDI muestra una fiabilidad con índices psicométricos que han sido estudiados de manera profunda, manifestando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad del test fluctúa alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. En cuanto a la Validez el BDI muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS). En

pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6) (Vázquez &, 1991).

Otro instrumento aplicado es el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos EMT de Young. Young (1999), ha propuesto un sistema de clasificación de cinco dominios que agrupan dieciocho esquemas maladaptativos tempranos. El dominio de Desconexión y Rechazo agrupa los esquemas de Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/ Abuso, Privación Emocional, Defectuosi-dad/Vergüenza y Aislamiento Social/ Alienación. El dominio de Autonomía y Desempeño Deteriorados agrupa los esquemas de Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al Daño o a la Enfermedad, Entrampamiento Emocional/ Yo Inmaduro y Fracaso. El dominio de Límites Insuficientes agrupa los esquemas de Derecho/Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente/ Autodisciplina. El dominio de Orientación Hacia los Otros contiene los esquemas de Subyugación, Autosacrificio y Búsqueda de Aprobación/Búsqueda de Reconocimiento. Finalmente, el dominio de Sobrevigilancia e Inhibición agrupa los esquemas de Negatividad/ Pesimismo, Inhibición emocional, Estándares Implacables/Hipercrítica y Condena.

El cuestionario de esquemas, el Young Schema Questionnaire fue desarrollado por Young (1990) para evaluar los esquemas maladaptativos tempranos. La primera versión del cuestionario identificaba quince esquemas por medio de 123 ítems. En esa revisión, Young menciona cinco dimensiones y quince esquemas maladaptativos tempranos. El primer cuestionario original de Young (Schema Questionnaire) basado en su propuesta teórica no fue sometido a ningún estudio de tipo estadístico.

Posteriormente Young (1991, citado en Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995), identifica dieciséis esquemas agrupados en seis áreas superiores de funcionamiento o dominios: inestabilidad/ desconexión (conformada por tres esquemas desadaptativos básicos: abandono, abuso/desconfianza y privación emocional), autonomía deteriorada (que incluye tres esquemas básicos: dependencia funcional, vulnerabilidad al daño/enfermedad y entrapamiento), indeseabilidad (que contiene tres esquemas: defectuosidad, indeseabilidad social e incapacidad de logros), autoexpresión restringida (que contiene dos esquemas: subyugación e inhibición emocional), el dominio de satisfacción restringida (que contiene tres esquemas: autosacrificio, estándares inflexibles y negatividad/pesimismo), y el dominio de límites insuficientes (que contiene dos esquemas: derecho y autocontrol insuficiente).

El Cuestionario de Esquemas de Young (YSQL2), revisado por D. Castrillón, L. Chavéz, A. Ferrer, M. Schnitter, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín (2003) es la versión validada en población colombiana. La prueba consta de 45 ítems y evalúa 11 factores (esquemas), el marco teórico de referencia es la teoría de Young sobre esquemas y desarrollo esquemático, los ítems se puntúan según una escala tipo likert de 6 valores representando la presencia de los esquemas. Las propiedades psicométricas y la validación estructural del cuestionario (YSQL2) en la población universitaria en la ciudad de Medellín Colombia. Universidad de San Buenaventura 2003.

Al anterior cuestionario le fue aplicado el procedimiento estadístico Alfa (α) de Cronbach, ya que este cálculo permite partir del hecho de que los datos recolectados son confiables, es decir, reflejan una aproximación muy cercana de la realidad estudiada a través de la aplicación. Con base al análisis factorial este instrumento muestra como resultado once factores con cargas por encima de 0.5, sin cargas compartidas entre factores y con 45 ítems

finales. Según Castrillón et al., (2005). “Estos once factores explican el 65% de la varianza total (VE). El primer factor explica el 25.5% de la varianza y los demás explican hasta un 7% o menos”. A continuación se exponen los 11 factores expuestos por los mismos autores:

- Factor 1: Abandono (6 ítems; VE= 25.5%)
- Factor 2: Insuficiente autocontrol/autodisciplina (6 ítems; VE= 6.6%)
- Factor 3: Desconfianza/abuso (5 ítems; VE= 5.8%)
- Factor 4: Deprivación emocional (5 ítems; VE= 5.2%)
- Factor 5: Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (4 ítems; VE= 4.8%)
- Factor 6: Autosacrificio (4 ítems; VE= 3.6%)
- Factor 7: Estándares inflexibles (4 ítems; VE= 3.4%)
- Factor 8: Estándares inflexibles (3 ítems; VE= 2.9%)
- Factor 9: Inhibición emocional (3 ítems; VE= 2.6%)
- Factor 10: Derecho (3 ítems; VE= 2.5%)
- Factor 11: Entrampamiento (2 ítems; VE= 2.1%)

En el caso del EMT, se examina el coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los factores, reflejando que el cuestionario obtuvo una consistencia interna de 0.91 total y los factores oscilaron entre 0.71 y 0.85. (Castrillón et al., 2005).

Con relación a los trastornos de la personalidad, el cuestionario de esquemas (SQ) (primera versión del Young Schema Questionnaire) fue empleado en un estudio realizado en Australia por Jovev y Jackson (2004) sobre la especificidad de los esquemas maladaptativos tempranos en una muestra de personas diagnosticadas con trastornos de la personalidad (límite n=13; obsesivo-compulsivo n=13 y por evitación n=22). Este estudio arrojó una alta asociación entre los esquemas de dependencia/incompetencia y defectuosidad/abandono con el grupo de trastorno límite de la personalidad, el esquema de estándares inflexibles con el grupo de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y el esquema de inhibición emocional con el trastorno de la personalidad por evitación.

Con este contexto de referencia descriptivo e investigativo, se establece para efectos de determinar el perfil cognitivo en la investigación se utiliza la versión de 123 ítems y 15 esquemas.

Esta prueba, a pesar de ser una de las primeras en ser creadas, para este tipo de pacientes adultos, crea una serie de autoobservación más asertivo gracias a los múltiples ítems, de esta forma se obtiene una aproximación más efectiva, sin contar con la facilidad que tiene este para reunir y analizar datos de forma amplia dentro de la que caracteriza el individuo. Si se realiza control terapéutico con este EMT, el paciente por la variabilidad tendrá la capacidad de tomar acuerdos personales a su mejoría dentro de las sesiones terapéuticas.

10.4.Procedimiento

Para obtener la información sobre el perfil cognitivo se inicia con la construcción de la entrevista clínica, en la cual se indaga los principales aspectos a tener en cuenta en la historia clínica del paciente, los cuales esta, motivo de consulta, datos importantes de la historia personal, familiar, afectiva, ocupacional, antecedentes patológicos, la historia del problema, el establecimiento de las quejas del paciente a fin de identificar los molestias dentro del espectro cognitivo, afectivo y conductual con algunos elementos de frecuencia, intensidad, magnitud y latencia.

Mediante un trato empático y respetuoso se inicia al paciente en la terapia cognitiva conductual (TCC). Se realiza psicoeducación del proceso, creando confianza y asertividad,

igualmente se retroalimenta sobre la necesidad de la observación y registro de entrevistas, también se explica la importancia de tomar un rol activo en el proceso, invitando al paciente a participar y a formar parte de la solución de los problemas y se elabora una lista de objetivos.

A continuación aplicó el inventario de depresión de Beck, el cual arrojó depresión moderada con una réplica posterior dio nuevamente como resultado depresión moderada pero con un puntaje inferior. En el inventario de Depresión de Beck se evidencian síntomas relacionados con problemas en el ritmo de sueño (insomnio), por las dificultades para la toma de decisiones, sentimientos de culpa y afecto deprimido.

Seguido se implementa la prueba de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT), la cual ha demostrado en muchas investigaciones alta confiabilidad y validez para estudiar especialmente el perfil cognitivo en los desórdenes mentales como también otros puntos de la conducta. Las deducciones de esta prueba son fundamentales para conocimiento del inicio y mantenimiento del trastorno (TEA) en cuestión.

Esta prueba diseñada por Young para explorar, explicar, identificar y categorizar los esquemas erróneos y maladaptativos desarrollados en edad temprana y a lo largo de la vivencia de los individuos, es oportuno para entender el cuadro clínico del paciente dentro del estudio de caso, es decir, el repertorio cognitivo del paciente en cuanto a sus pensamientos automáticos, sus errores cognitivos, sus creencias intermedias y sus creencias centrales entre otras las cuales revelan el perfil cognitivo y la entidad clínica.

Se dio a lugar la constatación de la estructura esquemática latente, su contenido informacional, y el procesamiento de información asociado con el TEA en cuestión, siendo los esquemas cognitivos de Sometimiento, dependencia, Aislamiento Social e Impotencia los que predominan en el paciente.

Durante las sesiones de tratamiento la intervención apunta como objetivo fundamental a lograr un mejor potencial de adaptación global de la paciente enfocando los dominios de autonomía, conexión y autovaloración. Es fundamental tener en cuenta el manejo del punto práctico de la realidad, la conformación de una relación más funcional en cuanto a sus actividades y rutina diaria se refiere y el manejo de los síntomas emocionales, la capacidad de adaptabilidad a los cambios y la aceptación de sus cuadros diagnósticos a nivel físico. El Terapeuta al comienzo del tratamiento estableció una alianza terapéutica con el paciente, esto implicó crear un vínculo por lo tanto puso mucho énfasis en la colaboración y participación activa por parte del paciente.

En la fase de tratamiento se guía al paciente mediante el proceso psicoeducativo de la terapia incluyendo columnas de autoregistro para dirigirlo a identificar sus propias cogniciones como también conductas y el importancia que tiene, así facilita la reestructuración de las mismas buscando lograr una flexibilidad, más funcionalidad racional y positiva de sus distorsiones cognitivas, proporcionando con esto un ajuste en el sistema que predispone, proyecta y mantiene la sintomatología de alteración en su comportamiento, en este caso ansiosas y de alteraciones de tipo emocional.

Las mediaciones terapéuticas se orientan a la reestructuración cognitiva mediante el “diálogo socrático” para comprobar la validez de estos efectos cognitivos contrastados con la evidencia empírica de la situación, teniendo siempre presente las nuevas formas de

adaptación de nuevas actividades y la aceptación de los cambios a la paciente. En la medida en que se avanza en la consecución de las sesiones terapéuticas, la paciente alcanza a identificar creencias irracionales que dificultan la dificultad de una vida rutinaria normal, identificar los pensamientos automáticos en sus niveles de intensidad, latencia y frecuencia. Lo anterior permite que el paciente aplique las técnicas desarrolladas dentro de la relación terapéutica como las disputas de confrontación cognitiva, las autoinstrucciones y la detección del pensamiento entre otras que le permitan incrementar su ajuste en diferentes contextos.

A diferencia de las últimas versiones el EMT de 123 ítems con 15 esquemas, muestra de forma detallada algunas características que son de vital importancia para el caso en estudio.

11. ANÁLISIS DEL CASO

La paciente, presenta una problemática que se debe analizar desde su edad temprana, ha estado bajo la influencia de estímulos en su ambiente social poco favorables, rodeada en un entorno de pobreza con dificultades para cumplir sus necesidades básicas necesarias. Se agrega que dentro de la convivencia familiar, IRPR, asume el estilo ortodoxo de la crianza de sus padres, en especial el factor femenino quien tiene una baja tasa de refuerzo afectivo, es importante destacar que una vez su padre fallece, recibía exigencias altas de responsabilidad de deberes propios y ajenos a su edad, esto hace que la paciente asuma actividades no adecuadas a su temprana niñez. Con todo ellos IRPR, se predispone a la implementación o construcción de esquemas de autoeficacia. Es de importancia tener en cuenta, que a través de la variable del tiempo, estas experiencias vitales se convierte en factores de adquisición, dando a lugar una conducta operante de baja tasa de afecto reforzado negativamente en la crianza de sus padres, en especial de su madre, al tiempo que se circunscribe también en un aprendizaje de la conducta operante respecto a la expectativa de superación profesional laboral. Todo esto permite confirmar la configuración de una conducta de autoeficacia exacerbada y sentido de responsabilidad extrema.

Seguido se puede deducir que dentro de estatus de hija menor, por ser mujer, entre otras variantes dentro del rol familiar, hizo que IRPR, fuera más exigente con ella misma. Todo este antecedente ha sido una gran lucha de superación que quedan en la memoria de la paciente y en los constructos de los esquemas cognitivos que son activados de forma negativa por el proximal evento estresante, el cual cobra mucho más significado, dado a lugar, el carácter socio económico y familiar se reviste, en el marco de la presente etapa, tan importante para su vida con relación al futuro de sus hijos y su estado sentimental (separada), además, de las experiencia vivida en pareja con antecedentes de maltrato físico y psicológico, con una unión de aproximadamente 25 años y un trabajo adquirido de

puesto o empleo público con una rutina fuerte de carga laboral sobre proporcional constante (“no quiero vivir eso más, ya eduque a mis hijos y yo quiero vivir tranquila, por eso quiero dedicarme a algo más”).

De manera que, en lo pertinente a toda su experiencia vital, todos estos esquemas instaurados en la paciente, se han consolidado a través del tiempo en estructuras estables, activas, dinámicas y especialmente contribuyentes de predisposición psicológica y social en el dominio nuclear de esquema de auto-eficacia y el estilo atribucional en cuanto a la misma. No es de extrañarse la insistencia en marco a la expectativa del fracaso - éxito (expectativas de meta en utilidad e independencia), en relación de sus expectativas de control de la situación (estimulo) inversiva (locus de control bajo). Sumado a esto, se hace rasgo vulnerable en la paciente, los esquemas auto-referenciales de valoración significativa, instaurada desde edad temprana.

Es de resaltar que la paciente estaba en constante ritmo laboral lo que implicaba mucho estrés dada a su responsabilidades, cumplido un año después de su jubilación, le es diagnosticado alteraciones o enfermedades físicas que tiene que ver con las articulación ósea lo cual eleva o detona el factor ansioso, esto agregando que su núcleo familias (madre e hijos) se separa por alternativas laborales de sus hijos y formación de sus hogares quedando sola en casa. Un mal diagnostico físico dado por un especialista en otra ciudad fue para ella el detonante para la aparición de los síntomas de ansiedad, esto sin contar que antes presentaba dificultades para descansar en casa (“no sé qué hacer ya, esto de estar sin hacer nada no me gusta”).

Esto último muestra una dificultad para adaptarse a su vida sin tener responsabilidades laborales y el cambio de la rutina familia, dado así cambios emocionales de tristeza en algunas circunstancias dándole atribución a la soledad y querer estar activa o (“útil”).

Después de estos sucesos, se hace crónico su estado de ansiedad en horas específicas y su vida de actividades rutinarias cambia radicalmente realizando programaciones, esto da a entender la dificultad que tiene la paciente para el manejo adecuado de los estresores y las dificultades de aceptación o adaptación a ciertos cambios que han transcurrido de forma inevitable en su vida con una baja capacidad de afrontamiento, dando lugar a un Trastorno Adaptativo Mixto de Ansiedad y estado de Animo Depresivo.

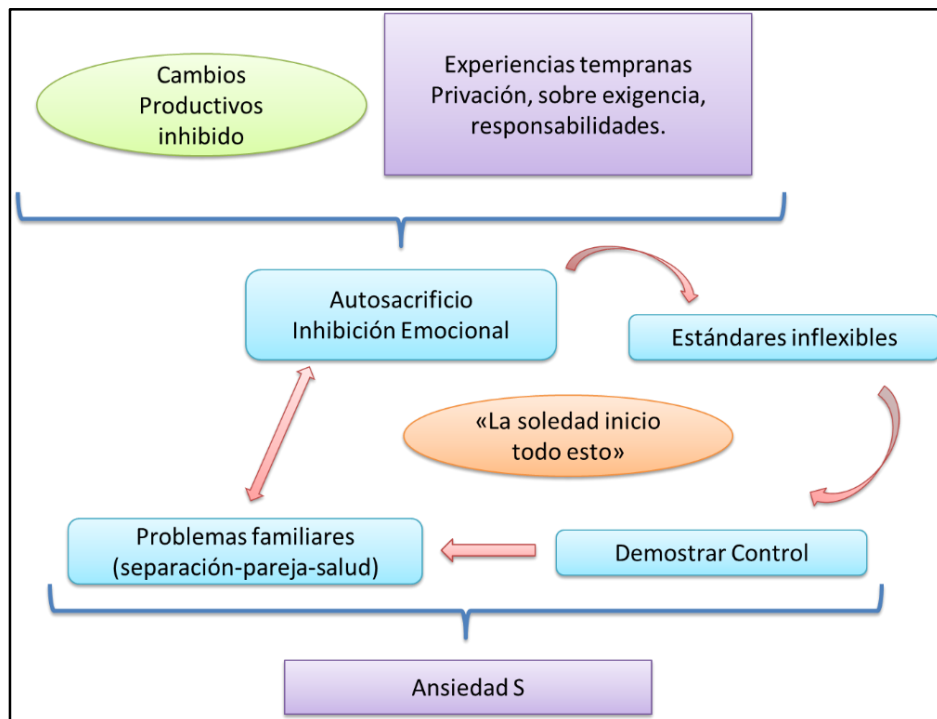
Esto se explica por las dificultades de respiración y sensaciones extrañas en su cabeza a nivel físico casi todos los días y en horas, específicas, en especial en las horas de la madrugada, en algunos días estos ataques se presentan durante el transcurso del día pero no son frecuentes, estos síntomas disminuyen a lo que ella llama “entretenerse en otra cosa”, en la realizaciones de las actividades domésticas del hogar, se podría decir que hay ocasiones en que realiza varias veces la misma actividad en el hogar, otra forma de escape que tiene es la de realizar actividades o diligencias fuera de casa, además de poner en arriendo algunas habitaciones de su apartamento recibiendo pensionadas o estudiantes con el fin de buscar compañía en casa.

Dentro del marco de este estudio de caso, se permite examinar que la paciente se percibe en un estado de vulnerabilidad, incurriendo a la reducción de la tasa de refuerzo positivo de afecto por la distancia de los hijos. Por otro lado, la apreciación negativa que hace a sus expectativa como persona “útil” da lugar a la baja tasa de refuerzo positivo, traduciéndose

en sentimientos de desesperanzas, y en sí misma, la percepción de tener Baja tasa de refuerzo positivo de obtención de una rutina activa, hace que se debilite la conducta de autoeficacia, baja probabilidad de refuerzo de su perspectiva de controlabilidad de la situación. Todo esto, en contraste con el aumento de estímulo aversivo de la situación termina por mantener el cuadro ansiogeno y su estado de ánimo depresogenico. Además todo esto gira en torno al autosacrificio y la inhibición emocional en relación con antecedentes y problema familiar actual e histórica, pasando así a los estándares inflexibles mostrados con autocontrol.

A continuación representamos el análisis conceptual del caso en uno de sus ejemplos en cuanto a la particularidad de la paciente a través de la siguiente figura:

Figura N°7



12. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El lado cognitivo se precisa como todas esas creencias que el individuo tiene con relación a los demás personas, a sí mismo y de igual manera, las percepciones de amenazas sobrevaloradas, generalizadas, y las estrategias interpersonales que neutralizan o disminuyen las condiciones de estrés. (Beck, et al., 1990). Además, tiene en cuenta los patrones cognitivos estables mediante los cuales el sujeto es considerado una organización conceptual abstracta de valores y creencias personales.

Resaltando que los esquemas pueden perdurar inactivos a lo largo del tiempo, pero sin embargo, pueden verse activados a través de eventos desencadenantes o precipitantes ya sean de orden físico, biológico o social, produciendo con ello, distorsiones cognitivas o supuestos subyacentes (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían el contenido de las distorsiones cognitivas. (Ruiz & Cano, SF).

El perfil está basado en el modelo cognitivo y para su elaboración se necesitan tener en cuenta varios aspectos: en primera instancia, las creencias centrales que el individuo presenta, catalogadas como globales, rígidas y generalizables de manera excesiva; estas fueron detectada en la paciente cumpliendo a cabalidad con lo anterior dicho. También, los pensamientos automáticos que hacen referencia a intrusiones reflejas de las cuales el paciente no siempre es consciente, este tipo de pensamientos se manifiestan a través de palabras e imágenes que pasan por la mente del individuo en circunstancias específicas y se consideran el nivel más superficial de la cognición. Finalmente, se toman los supuestos

subyacentes o creencias intermedias (reglas, presunciones, actitudes) /estrategias compensatorias utilizadas por el paciente. (Beck, 2000).

Agregando a lo anterior, Young, 2003 (citado por Manrique, 2003) también propone que los esquemas maladaptativos tempranos hacen parte del nivel más profundo de la cognición, y los conceptualiza como estructuras relativamente estables y duraderas perfiladas en el transcurso de la infancia, se desarrollan a lo largo de la vida de la persona, y son disfuncionales en un nivel significativo.

En ese mismo orden de ideas de conceptualización de los esquemas, Jeffrey Young, 2003 (citado por Manrique, 2003) también propone que los esquemas maladaptativos tempranos hacen parte del nivel más profundo de la cognición, y los conceptualiza como estructuras relativamente estables y duraderas elaboradas en el transcurso de la infancia, se desarrollan a lo largo de la vida persona y son significativamente disfuncionales para el individuo. En ellos puede dar luz algunos aspectos de importancia dentro de la infancia de IRPR, con donde como de ellos fue la escases afectiva por parte de sus padres.

“Análisis del Perfil Cognitivo de un Paciente con Trastorno Adaptativo – TA – Mixto con Ansiedad y Estado de Animo Depresivo” muestran a través del instrumento EMT de Young los elementos descriptivos de configuración y operacionalización de los esquemas maladaptativos que explican la entidad clínica y su mantenimiento.

Tomando en domino de Autonomía, se hace mención al análisis del caso donde se resalta los diferentes factores de vulnerabilidad, resaltando así la Vulnerabilidad al Daño con un

PD= 48, sobre la media esperada que es de (29,63), además, en la variable de Miedo de Perder el Control resalta un PD= 32, que también es elevada sobre la media de (17,03), mostrando así una autonomía en dificultades y miedos de no tener control sobre sí dentro de su factores de estrés. Para el dominio de Conexión, la variable correspondiente a las Carencias Emocionales dieron un PD= 35, su media esperada de encuentra en (13,93); la variable Abadono/Perdida tiene un resultado elevado en PD= 32, donde la media muestra un (14,9); la variable Falta de Confianza muestra en resultado de PD= 31, sobre la media esperada de (17,72). Esto demuestra dentro del caso de la paciente, dificultades de la infancia en cuanto la expresión manifestada de emociones por parte de sus padres, además de las dificultades de pareja resaltadas dentro del casos y otros puntos como el cambio de la dinámica familiar. En el dominio de Valor de Sí Mismo, dentro de las variables como, Defecto/Incapacidad de ser Amado con un resultado de PD= 15, Culpa/Castigo con una respuesta de PD=17, Estándares Inflexibles con resultado de PD= 49 y la variable Limites Insuficientes con un PD= 25 y sobres las medias (7,17 – 14,72 – 35,23 y 20,65), se podría estar evidenciando la inestabilidad emocionales de la paciente a los que respecta los estado de estrés, los estado de ansiedad y a la incapacidad de no aceptación de su condición actual como pensionada. Es decir, que la paciente diagnosticada de un TA muestra una visión es hasta cierto punto negatividad de la vida y las experiencias. Las estrategias desadaptativas, por ejemplo pasivas o evitativas, guardan una relación positiva con el estado de ánimo negativo (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012), y con un mayor nivel de estrés (Lara y Kirchner, 2012), siendo más frecuentes en personas con depresión y ansiedad (Guo, Xue, Zhao y Liu, 2005; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).

Focalizando el aspecto de los síntomas afectivos del TA, en el presente estudio de caso el paciente en el Inventario de Depresión de Beck (BAI) mostró ausencia de depresión P= 28, es muy posible que esta variantes elevada se diera a acontecimientos con respectos a su familia de forma transitoria. En otra muestra del Inventario de Depresión de Beck (BAI)

obtuvo una puntuación de P=22 el cual es significativo para sospechar una condición depresiva en grado moderado. Algunas de las manifestaciones significativas que la paciente se identificó en el inventario son síntomas relacionados con la dificultad para la toma de decisiones, sentimientos de culpa y afecto deprimido (llanto aleatorio). Lo anterior es explicable si tenemos en cuenta su esquema maladaptativo de impotencia. Estas manifestaciones psicopatológicas pueden adoptar la forma sindrómica, ya sean depresiva, ansiosa, asténica o mixta y con menos frecuencia la de alguna afectación de conducta, (González, 1998, p.111).

Dado a los resultados y lo anteriormente explicado, su dinámica en lo general puede venir de forma acumulativa desde la infancia, en especial si existe un entorno, pautas de crianza y disminución de la expresión afectiva, realizando a través del tiempo esquemas maladaptativos y que estos rijan de algunos forma la vida personal de la paciente, solo se dan la inconformidad o el detonante de para el TA cuando lo que rodea a la paciente no concuerda con lo estipulado en sus ideas rígidas. (Casey, Dowrick, y Wilkinson (2001)) sostiene que dos aspectos ambiguos definen el diagnóstico de los trastornos adaptativos. Por un lado, destacan la diferenciación imprecisa de las manifestaciones de dicho trastorno y las reacciones esperadas ante la adaptación. Otra de las controversias hace referencia a la superación del diagnóstico frente a otros trastornos. Sin embargo los datos o resultados realizados durante las sesiones aportan datos muy precisos en los datos que señalan estos y otros autores.

Este estudio para este caso tomando otro ejemplo de apartado de tratamiento e intervención en relación del afrontamiento con la positividad. Esta relación no había sido previamente estudiada, pero sí se había analizado la relación del afronta-miento con las dimensiones que subyacen a la positividad, siendo de esperar encontrar resultados en el mismo sentido.

En general, los diferentes estudios han confirmado que todas ellas (autoestima, satisfacción vital y optimismo disposicional) están directamente relacionadas con el uso de estrategias de afrontamiento positivas, activas, o más efectivas, como el afrontamiento centrado en el problema o la reestructuración cognitiva, y negativamente relacionadas con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos, inefectivos o más pasivos (como la autocrítica o la negación) (Aspinwall y Taylor, 1992; Brenner, St Hilaire, Liu, Laplante y King, 2011; Chico, 2002; Martínez Correa, Reyes del Paso, García León y González Jareño, 2006).

Los esquemas en relación al TA, fueron por lo general relacionados dentro de las pruebas en cifras altas que sobrepasaron a la media, en su gran mayoría con relación a su entorno e historia pasada, de ellos se destaca esquemas de culpa/castigo.

Dentro de los aportes científicos se hace importante en que el tratamiento del TA se debe basar fundamentalmente en medidas psicoterapéuticas que permitan la disminución de los valores de amenaza así como la intensidad de los estresores, potenciando el nivel de afrontamiento con el agente estresante que no puede reducirse o eliminarse y estableciendo un sistema de apoyo para alcanzar la mayor adaptación posible (Hales y Yudofsky, 2000; Wood, 2008). En este caso en particular se han seguido en su mayoría esta clase de recomendaciones.

Con todo y lo anterior, se concluye la severidad del presente estudio de caso de un paciente con TA, que en lo apto al modelo cognitivo se obtuvo evidencia dentro del perfil cognitivo del TA, siendo éste oportuno con los datos citados y la plataforma teórica – conceptual. Es importante señalar que la naturaleza del TA requiere cada vez más atención técnico-

científica, clínica e investigativa principalmente. Dadas sus limitaciones de una entidad clínica que aún se confunde por su naturaleza singular y común de la preocupación.

13. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*. Washington, DC: APA. (Traducción española: *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson, 1995).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
- Caballo, V. (1996). *Manual de Terapia y Modificación de Conducta*. (pp. 517 - 518) Madrid. Siglo XXI.
- *Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso*; Rosa María Baños Rivera, Verónica Guillen Botella, Cristina Botella Arbona, Azucena García Palacios, Mercedes Jorquera Roderó, Soledad Quero Castellano; extraído de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/263>
- González de Rivera y Revuelta, JL. *Trastornos Adaptativos Y De Estrés*. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado:]; Conferencia 25-I-B: [99 pantallas]. Extraído de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa25/conferencias/25_ci_b.htm
- Caballo VE, editor. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 3ª edición. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995.

- Virginia Herrero Gómez, *Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento*, Anuario de psicología clínica y de la salud = Annuary of Clinical and Health Psychology, ISSN-e 1699-6410, Vol. 6, 2010 (Ejemplar dedicado a: Actualizaciones en Psicología de la Salud Infanto-Juvenil), págs. 53 - 59. Extraído de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3422135>.
- Beatriz Vallejo Sánchez, Ana María Pérez García (dir. tes.), *Personalidad, afrontamiento y positividad en pacientes con trastorno adaptativo*, Tesis doctoral. UNED (2015). Extraído de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47176>.
- Beatriz Vallejo Sánchez, Ana María Pérez García, *Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo*, Anales de psicología, ISSN 0212-9728, Vol. 31, N°. 2, 2015, págs. 462-471. Extraído de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5087707>.
- Rosa María BAÑOS RIVERA, Verónica GUILLEN BOTELLA, Cristina BOTELLA ARBONA, Azucena GARCÍA PALACIOS, Mercedes JORQUERA RODERO, Soledad QUERO CASTELLANO, *Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso*, 2008, Vol. 26, número 2, págs. 303-316. ISSN 0213-3334, Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. Extraído de: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/263>
- David A. Clark Y Aaron T. Beck, *TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD Ciencia y Práctica*; Biblioteca De Psicología Desclee De Brouwer, extraído de: <http://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025371.pdf>

- Información – Estadística de Interés, CentroIMA (Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad), Ciudad de Buenos Aires, Argentina, extraído de: http://www.centroima.com.ar/informacion_estadisticas.php
- Carvajal, C.; Carbonell, C.; Philippi, R.; Monteverde, P.; Bacigalupo, F. y Alvear, F. (2001). *Características Clínicas Del Trastorno De Adaptación Con Síntomas De Estrés Postraumático*; Revista Chilena de Neuropsiquiatría 39 (2), 99-109. Doi: 10.4067/S0717-92272001000200002

14. ANEXOS

CUESTIONARIO E.M.T.

Usted va a encontrar enumerada una serie de afirmaciones que cualquier persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor lea cada afirmación y decida qué tan bien lo (a) describe a lo largo de su vida. Cuando encuentre algún conflicto, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que piensa debería contestar.

Valoración del puntaje:

1. No se ajusta a mí para nada durante mi vida.
2. Verdadero para mí, durante un período corto de mi vida, pero no por mucho tiempo.
3. Verdadero para mí ahora, pero no ha sido generalmente cierto durante mi vida.
4. Moderadamente verdadero para mí por un buen tiempo de mi vida.
5. Muy verdadero para mí por un buen tiempo de mi vida.
6. Me describe perfectamente en la mayor parte de mi vida.

1	No me siento capaz de valirme por mí mismo.	1	2	3	4	5	6
2	Necesito de otras personas que me ayuden a vivir	1	2	3	4	5	6
3	No me siento que pueda enfrentarme bien a las cosas por mí mismo	1	2	3	4	5	6
4	Creo que otras personas pueden cuidarme mejor de lo que yo mismo lo haría	1	2	3	4	5	6
5	Tengo dificultades para empezar nuevas tareas a menos que alguien me guíe.	1	2	3	4	5	6
6	Me veo a mí mismo como dependiente.	1	2	3	4	5	6

7	Dejo que otras personas se salgan con la suya	1	2	3	4	5	6
8	Pienso que si hago lo que quiero tendré problemas	1	2	3	4	5	6
9	Siento que no tengo otras alternativas que ceder ante los deseos de los demás	1	2	3	4	5	6
10	Antepongo las necesidades de los otros a las mías.	1	2	3	4	5	6
11	En las relaciones interpersonales dejo que la otra persona lleve la delantera.	1	2	3	4	5	6
12	Encuentro difícil ser yo mismo con otra gente.	1	2	3	4	5	6
13	Realmente no sé qué es lo que quiero para mí.	1	2	3	4	5	6
14	No puedo expresar mi ira porque los demás me desaprobarán	1	2	3	4	5	6

	o me abandonarán.						
15	Pienso que las decisiones más importantes de mi vida no han sido realmente mías.	1	2	3	4	5	6
16	Me siento culpable porque le quedo mal a la gente o los defraudo.	1	2	3	4	5	6
17	Doy más a los demás de lo que recibo.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupo por complacer a los demás.	1	2	3	4	5	6
19	Acumulo dentro de mí un montón de ira y resentimiento que no puedo expresar	1	2	3	4	5	6
20	Tengo gran dificultad para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	1	2	3	4	5	6

21	Siento con frecuencia que algo va a ocurrir.	1	2	3	4	5	6
22	Pienso que un desastre (natural, criminal, financiero, médico)...	1	2	3	4	5	6
23	Me preocupa volverme un vagabundo o una persona de la calle.	1	2	3	4	5	6
24	Me preocupa la posibilidad de ser atacado.	1	2	3	4	5	6
25	Soy muy cuidadoso con el manejo del dinero para no correr el riesgo de terminar con nada.	1	2	3	4	5	6
26	Tomo grandes precauciones para no enfermarme o lastimarme	1	2	3	4	5	6
27	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme pobre.	1	2	3	4	5	6
28	Me preocupo por la posibilidad de estar desarrollando una enfermedad grave, aun cuando nada serio ha sido detectado por el médico.	1	2	3	4	5	6
29	Soy una persona temerosa.	1	2	3	4	5	6
30	Prefiero hacer las cosas de la manera segura o familiar más arriesgar lo inesperado.	1	2	3	4	5	6
31	Pienso mucho acerca de las cosas terribles que pasan en el mundo; el crimen, polución, etc.	1	2	3	4	5	6

32	Me preocupa perder el control de mis acciones	1	2	3	4	5	6
33	Pienso con frecuencia que podría enloquecer.	1	2	3	4	5	6
34	Siento con frecuencia que voy a tener un ataque de ansiedad	1	2	3	4	5	6
35	Me preocupa que yo pueda empezar a sonrojarme o a sudar delante de otros.	1	2	3	4	5	6
36	Con frecuencia me siento al borde del llanto incontrolable.	1	2	3	4	5	6
37	Me preocupa no ser capaz de controlar mis impulsos sexuales	1	2	3	4	5	6

38	Me preocupa que yo pueda dañar a alguien (física o emocionalmente) si mi ira se me sale de control.	1	2	3	4	5	6
39	Siento que tengo que controlar mis emociones e impulsos o algo malo puede ocurrir.	1	2	3	4	5	6

40	Nadie está disponible para satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6
41	No recibo suficiente amor ni atención.	1	2	3	4	5	6
42	No tengo a nadie que me pueda ayudar o aconsejar	1	2	3	4	5	6
43	No tengo a nadie que me mime, que comparta conmigo todo o que se preocupe profundamente por algo que me pase.	1	2	3	4	5	6
44	No tengo a nadie que querrá acercárseme afectivamente y que pase mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
45	Yo podría desaparecer de la faz de la tierra y nadie me extrañaría	1	2	3	4	5	6
46	Mis relaciones interpersonales son básicamente superficiales	1	2	3	4	5	6
47	No siento que yo sea especial para nadie	1	2	3	4	5	6
48	Nadie realmente me escucha, entiende o está sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos	1	2	3	4	5	6

49	Estoy destinado a estar solo siempre.	1	2	3	4	5	6
50	Me preocupa que alguien que yo ame muera pronto, aún cuando hay poca evidencia médica para sustentar mi preocupación.	1	2	3	4	5	6
51	Me encuentro a mí mismo muy aferrado a la gente que quiero.	1	2	3	4	5	6
52	Me preocupa que la gente que yo quiero me deje o abandone.	1	2	3	4	5	6
53	Siento que me falta una base estable de apoyo emocional.	1	2	3	4	5	6
54	No siento que las relaciones interpersonales importantes durarán. Yo espero que ellas se acaben.	1	2	3	4	5	6

55	Siento que muchas personas están ahí para herirme o aprovecharse de mí	1	2	3	4	5	6
56	Me tengo que proteger contra los ataques y desaires de los demás.	1	2	3	4	5	6
57	La mejor forma para mí de evitar ser dañado es atacar primero.	1	2	3	4	5	6
58	Siento que tengo que vengarme de la forma como me ha tratado la gente.	1	2	3	4	5	6
59	Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas.	1	2	3	4	5	6

60	Si alguien es querido conmigo, yo asumo que debe estar detrás de algo.	1	2	3	4	5	6
61	Es solo una cuestión de tiempo antes que la gente me traicione	1	2	3	4	5	6
62	La mayoría de las personas solo piensan en ellas mismas.	1	2	3	4	5	6
63	Me da muchísima dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
64	Soy muy suspicaz acerca de los motivos de los otros.	1	2	3	4	5	6

65	Yo no quepo, no me ajusto a las situaciones sociales.	1	2	3	4	5	6
66	Yo soy fundamentalmente diferente a los demás	1	2	3	4	5	6
67	Soy un solitario	1	2	3	4	5	6
68	Me siento alineado por otra gente	1	2	3	4	5	6
69	Me siento aislado y solo	1	2	3	4	5	6

70	Ninguna persona que yo desee podrá amarme una vez conozca mis defectos.	1	2	3	4	5	6
71	Ninguna persona que yo quiera querrá permanecer cerca de mí si conociera mi verdadero yo.	1	2	3	4	5	6
72	Yo soy esencialmente imperfecto y defectuoso.	1	2	3	4	5	6
73	No importa qué tanto lo intente, yo no puedo hacer que una persona significativa me respete o sienta que soy valioso.	1	2	3	4	5	6
74	Yo no soy merecedor de amor, atención y respeto de los demás.	1	2	3	4	5	6

75	No soy sexualmente atractivo	1	2	3	4	5	6
76	Soy demasiado gordo(a).	1	2	3	4	5	6
77	Soy feo	1	2	3	4	5	6
78	No soy capaz de sostener una conversación aceptable.	1	2	3	4	5	6
79	Soy torpe y aburrido en situaciones sociales.	1	2	3	4	5	6
80	La gente que yo valoro no se relacionará conmigo por mi estatus social (ej. Ingreso, nivel cultural, profesión, etc.)	1	2	3	4	5	6
81	Nunca sé qué decir socialmente.	1	2	3	4	5	6
82	A la gente no le gusta incluirme en sus grupos.	1	2	3	4	5	6

83	Casi nada de lo que yo hago es tan bueno como lo que hacen los demás	1	2	3	4	5	6
84	Soy incompetente.	1	2	3	4	5	6
85	La mayoría de las personas son más capaces de lo que yo soy	1	2	3	4	5	6
86	Todo lo que emprendo me sale mal	1	2	3	4	5	6

87	Soy inepto.	1	2	3	4	5	6
88	Soy un fracaso	1	2	3	4	5	6
89	Si confío en mi propio criterio, tomaré la decisión equivocada	1	2	3	4	5	6
90	Me falta sentido común.	1	2	3	4	5	6
91	En mi criterio no se puede confiar.	1	2	3	4	5	6

92	Yo soy esencialmente una mala persona	1	2	3	4	5	6
93	Merezco ser castigado	1	2	3	4	5	6
94	No merezco placer o felicidad	1	2	3	4	5	6
95	Cuando cometo un error, merezco ser criticado y fuertemente castigado.	1	2	3	4	5	6
96	Soy muy crítico ante mis errores.	1	2	3	4	5	6
97	Me siento muy culpable de errores que he cometido.	1	2	3	4	5	6
98	En ciertas cosas no parece que yo fuera capaz de alcanzar mis principios morales o religiosos, no importa que tan duro trate.	1	2	3	4	5	6
99	A menudo me siento culpable sin saber por qué.	1	2	3	4	5	6

100	Yo me avergüenzo de mis fracasos o inadecuaciones.	1	2	3	4	5	6
101	Yo soy demasiado inferior o inaceptable para mostrar mis fallas ante los demás.	1	2	3	4	5	6
102	Si otras personas averiguan mis defectos, no podría enfrentarlas	1	2	3	4	5	6
103	A menudo me siento avergonzado cuando estoy con otros porque yo no les doy la medida.	1	2	3	4	5	6
104	Yo soy muy retraído cuando estoy con otra gente alrededor.	1	2	3	4	5	6

105	Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que yo hago, no puedo aceptar ser el segundo.	1	2	3	4	5	6
106	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden	1	2	3	4	5	6
107	Tengo que lucir de la mejor forma la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5	6
108	Yo trato de hacer lo mejor que puedo; no me puedo conformar con un simple "bien"	1	2	3	4	5	6
109	Tengo tanto que hacer que casi no tengo tiempo de relajarme.	1	2	3	4	5	6
110	Casi nada de lo que yo hago es lo suficientemente bueno;	1	2	3	4	5	6

	siempre puedo mejorar.						
111	Yo tengo que cumplir todas mis responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
112	Siento que hay una presión constante para que yo alcance y haga cosas.	1	2	3	4	5	6
113	Mis relaciones interpersonales se afectan, porque me presiono demasiado.	1	2	3	4	5	6
114	Mi salud se está afectando porque yo me pongo demasiada presión para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
115	Con frecuencia sacrifico el placer y la felicidad para alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6

116	Tengo gran dificultad para aceptar un "NO" por respuesta cuando quiero algo de otra gente.	1	2	3	4	5	6
117	Con frecuencia me enojo o me irrito si no puedo conseguir lo que quiero.	1	2	3	4	5	6
118	Yo soy especial y no tengo que aceptar muchas de las restricciones que le ponen a los demás.	1	2	3	4	5	6
119	Odio sentirme frenado o restringido para hacer más cosas.	1	2	3	4	5	6
120	Tengo gran dificultad para aceptar aspectos de mi vida que no son de las cosas que yo quisiera que ellos fueran, aún cuando veo que objetivamente mi vida es buena.	1	2	3	4	5	6
121	Tengo gran dificultad para parar de beber, fumar, comer en exceso u otros problemas de comportamiento.	1	2	3	4	5	6
122	No parezco ser capaz de disciplinarme para completar rutinas o tareas.	1	2	3	4	5	6
123	Con frecuencia me permito a mí mismo dejarme llevar por impulsos o expresar emociones que me ponen en problemas o hieren a otras personas.	1	2	3	4	5	6

BAREMOS DEL EMT

	ITEMS	MEDIA	DESVIACION	PROMEDIO
AUTONOMIA				
Dependencia	1-6	11,69	4,45	7-16
Sometimiento/falta de individualidad	7-20	32,56	11,02	43-21
Vulnerabilidad al daño	21-31	29,63	10,81	40-18
Miedo a perder el control	32-39	17,03	6,99	24-10
CONEXIÓN				
Carencias emocionales	40-48	13,93	7,82	21-6
Abandono/ pérdida	49-54	14,9	5,69	20-9
Falta de confianza	55-64	17,72	7,33	22-10
Aislamiento social/ alineación	65-69	9,07	4,64	13-4
VALOR DE SI MISMO				
Defectos/ incapacidad de ser amado	70-74	7,17	3,42	10-3, 75
Aceptación social	75-82	11,64	5,44	17-6
Impotencia/ fracaso	83-91	11,81	5	16-6
Culpa/ castigo	92-99	14,72	5,03	19-9
Vergüenza/ turbación	100-104	7,9	4,11	12-3, 79
Estándares inflexibles	105-115	35,23	11,11	46-24
Limites insuficientes	116-123	20,65	8,09	28-12

BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país.

En 1979 Beck y Cols. Dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano.

Existen también dos versiones abreviadas de 13 y de 7 ítems, de menor difusión, y no validadas en nuestro medio.

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y cols. (1975), si bien en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

INTERPRETACIÓN

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols en ≥ 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: ≥ 16 en pacientes diabéticos, ≥ 21 en pacientes con dolor crónico).

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos.

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y, además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresión.

En población geriátrica los ítems de síntomas somáticos pueden distorsionar al alza la puntuación total, y en general y a efectos de cribado, se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage. En pacientes médicos, y por la misma razón, mantiene una buena sensibilidad pero una baja especificidad, con elevado porcentaje de falsos positivos, es especial si se utilizan puntos de corte bajos.

Al ser un cuestionario autoaplicado puede ser difícil de aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural.

Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...).

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas.

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país¹¹ en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13). Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

CUESTIONARIO

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.

Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A.
 - 0. No me siento triste
 - 1. Me siento triste o melancólico
 - 2.a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
 - 2.b. Siento que nunca saldré de mis problemas

- B.
 - 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
 - 1. Me siento desalentado por el futuro
 - 2ª. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
 - 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
 - 3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar

- C.
 - 0. No me siento como un fracasado
 - 1. Siento que he fracasado más que el promedio
 - 2ª. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
 - 2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
 - 3. Siento que soy un fracasado completo.

- D.
 - 0. No estoy particularmente insatisfecho
 - 1ª. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
 - 1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
 - 2. Nunca siento satisfacción de nada.
 - 3. Estoy insatisfecho de todo.

- E.
 - 0. No me siento particularmente culpable
 - 1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
 - 2ª. Me siento algo culpable
 - 2b. Me siento mal o indigno casi siempre
 - 3. Siento que soy malo o inútil

- F.
 - 0. No siento que este siendo castigado
 - 1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
 - 2. Siento que soy castigado o que seré castigado

- 3ª. Creo que merezco ser castigado
- 3b. Deseo ser castigado.
- G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo
- 1ª. Estoy decepcionado de mí mismo
- 1b. No me agrado
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo
- 3. Me odio.
- H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.
- 1. Me critico por mi debilidad o errores
- 2. Me reprocho mis culpas
- 3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I. 0. No tengo ninguna intención de hacerme daño
- 1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
- 2ª. Siento que estaría mejor muerto
- 2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera
- 3ª. Tengo planes definidos para suicidarme
- 3b. Me mataría, si pudiera.
- J. 0. No lloro más de lo usual
- 1. Lloro más de lo que acostumbraba
- 2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
- 3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K. 0. No estoy más irritado de lo habitual
- 1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual
- 2. Me siento irritado siempre
- 3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L. 0. No he perdido interés por la gente.
- 1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
- 2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas
- 3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre
- 1. Trato el evitar tomar decisiones
- 2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
- 3. No puedo tomar ninguna decisión.

- N. 0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado
 1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
 3. Siento que luzco feo o repulsivo
- O. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 1ª. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes
 1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
 2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
 3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.
- Q. 0. No me canso más de lo usual
 1. Me canso más fácilmente que lo usual
 2. Me canso de no hacer nada
 3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa
- R. 0. Mi apetito no excede a lo normal
 1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
 2. Mi apetito es deficiente
 3. No tengo apetito
- S. 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente
 1. He perdido más de 2 ½ Kg
 2. He perdido más de 5 Kg
 3. He perdido más de 7 Kg
- T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
 1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
 2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
 3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
- U. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
 1. Tengo poco interés por el sexo
 2. Mi interés por el sexo es casi nulo
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: **PERFIL COGNITIVO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO – TA-**

Investigador: Carlos Mario Galarcio Perriñan. **Psicólogo**

Yo, IRPR, en calidad de paciente, mayor de edad, vecino de esta ciudad.

DECLARO:

Que el investigador me invito a participar de una investigación en la cual se busca explorar caracterizar el perfil cognitivo del TA, para la cual he decidido participar voluntariamente como paciente de este caso clínico.

Que la evaluación de dicho estudio se desarrollara a través de pruebas y test propios de la psicología. Análogamente bajo el rigor de las sesiones terapéuticas.

Al firmar el consentimiento informado acepto que mi participación en la evaluación sea documentada y utilizada de la manera que el investigador estimen conveniente para fines académicos, es decir, solamente serán comunicados en publicaciones científicas o de divulgación institucional y en eventos académicos sin revelar mi identidad.

Que los resultados de la investigación me serán comunicados.

Se me ha informado que en cualquier momento puedo retirarme y revocar este consentimiento. Sin embargo, me comprometo a informar oportunamente al investigador si llegase a tomar esta decisión.

Igualmente he sido informado/a que el resultado de la investigación no afectará en económicamente, judicial, ni me comprometo con ningún proceso que no esté explícito en este documento.

Acepto que la participación en dicho estudio no me reportará ningún beneficio de tipo material o económico, ni se adquiere ninguna relación contractual.

Doy fe, que para obtener el presente Consentimiento Informado, se me explicó en lenguaje claro y sencillo lo relacionado con dicha investigación, sus alcances y limitaciones; además que en forma personal y sin presión externa, se me ha permitido realizar todas las observaciones y se me han aclarado las dudas e inquietudes que he planteado, además que de este consentimiento tendré copia si lo requiero.

Dado lo anterior, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance de la investigación, así como mis derechos y responsabilidades al participar en ella.

En constancia firman las partes:

El paciente: Firma: _____

El investigador: Firma: _____

Carlos Mario Galarcio Perriñan CC: 10'778.747

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ADULTOS

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto a ustedes mi aceptación del tratamiento ofrecido por el Centro Integral de Atención a la Familia, CIAF.

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento sea atendido por un psicólogo practicante perteneciente al CIAF que es una unidad dependiente de la Secretaría Local de Salud del Municipio de Valledupar, en la cual se realiza atención en Psicología Clínica dentro del convenio de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte, con el fin de llevar a cabo la práctica indispensable en el proceso de formación de los estudiantes. Entiendo de igual forma que los practicantes son supervisados por los docentes determinados por la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte y que por lo tanto, mi situación personal será discutida con el (los) supervisor(es) del practicante con el fin de que estos dirijan y vigilen el servicio que se presta. Entiendo que toda la información concerniente a mi evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por los supervisores del programa en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

El caso, guardando absoluto rigor en la confidencialidad de los datos personales y de identificación, puede eventualmente formar parte de investigaciones que aporten al conocimiento e intervención del bienestar psicólogo de la comunidad. Autorizo al practicante para que consulte mi caso con otros profesionales de la Institución o terceros expertos, o remitirlos a consulta con especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

Entiendo y acepto que el tratamiento al que seré sometido es llevado a cabo atendiendo el mejor esfuerzo del practicante y del grupo de profesionales y que en unos casos funciona mejor que en otros. En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: _____

FIRMA

CC N°

FECHA